

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 79

Contribution à l'étude
du
CYLINDROME de l'ORBITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri CHAUDOYE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 31 Mai 1907 à TÉBESSA (Algérie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

Contribution à l'étude
du
CYLINDROME de l'ORBITE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude
du
CYLINDROME de l'ORBITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri CHAUDOYE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 31 Mai 1907 à TÉBESSA (Algérie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
	TIXIER
	BERARD
	VORON
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	MOURIQUAND
Clinique des maladies des enfants	VILLARD
Clinique des maladies des femmes	COLLET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	GAYET
Clinique des maladies des voies urinaires	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, Infantile et orthopédie	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	FLORENCE
Chimie biologique et médicale	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	BRETIN
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Histologie	DOYON
Physiologie	FROMENT
Pathologie Interne	CADE
Pathologie et Thérapeutiques générales	FAVRE
Anatomie pathologique	PATEL
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ETIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	SAVY
Thérapeutique	LEULIER
Pharmacie et Pharmacologie	PIERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, *président* ; DUMAS, *assesseur* ;
POLLOSSON et REBATTU, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE MÉDECIN-COLONEL CHAUDOYE

Officier de la Légion d'Honneur

Admiration, fierté, respect; tels sont les sentiments que m'inspire sa vie toute de devoir, de courage et d'honneur. Je ne connais pas de caractère plus noble, de cœur plus généreux. Ma seule ambition est de lui ressembler.

A MA MÈRE

Mon émotion est grande quand je pense à toute la tendresse, à toute la douceur, à toute la bonté dont elle m'entoure sans cesse. Ma reconnaissance infinie pour elle n'a d'égale que mon amour.

A MA SŒUR

En témoignage de ma grande affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Lyon

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse dont il nous a inspiré le sujet. Nous avons toujours suivi avec le plus grand intérêt ses cliniques et bénéficié de son enseignement et de ses conseils.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

AU DOCTEUR CERISE
Ophtalmologiste de l'Hôpital Saint-Antoine

Il nous a appris à connaître et à
aimer l'ophtalmologie. Qu'il trouve
ici l'expression d'une profonde grati-
tude.

AU PROFESSEUR ALGLAVE
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

Il fut pour nous un maître affable
et bienveillant. Nous lui témoignons
une grande reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ
ET DES HOPITAUX MILITAIRES

AU PROFESSEUR J. MARTIN
AUX DOCTEURS BRAUN, LELIEVRE, COLRAT
ET J. ROLLET

En toute reconnaissance.

Contribution à l'étude
du
CYLINDROME de l'ORBITE

Introduction

Sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur Rollet, nous avons entrepris d'étudier dans ce modeste travail, le cylindrome de l'orbite, à la suite d'un très beau cas observé à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Nous n'avons pas l'intention d'apporter des données nouvelles sur la question du cylindrome. Plusieurs auteurs se sont déjà occupés de la question, soit directement, soit indirectement. Mais les termes employés ont souvent prêté à confusion : soit que des auteurs aient décrit des cylindromes sous d'autres noms, soit que d'autres tumeurs aient été inversement désignées par ce terme. Nous nous sommes donc efforcé, à l'occasion de l'observation qu'a mise à notre disposition le Professeur Rollet, de mettre un peu d'ordre dans cette question.

Après un historique rapide, nous envisagerons successivement un rappel anatomique de l'orbite, l'étiolo-

logie et la symptomatologie du cylindrome, ainsi que son étude anatomo-clinique.

Enfin nous terminerons en étudiant succinctement l'évolution, le pronostic, le diagnostic et le traitement.

C'est un plaisir pour nous de remercier ici M. le Professeur Rollet qui a bien voulu nous fournir la matière de ce travail et mettre à notre disposition tous les documents de sa Clinique ophtalmologique.

Que MM. Colrat et J. Rollet trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude pour les conseils éclairés qu'ils ne nous ont pas ménagés pour mener à bien ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Depuis longtemps déjà de nombreux cliniciens, anatomo-pathologistes se sont occupés des tumeurs de l'orbite et ont essayé d'établir une classification fondée sur des différences histologiques plus précises que les différences cliniques qui ne sont pas toujours très significatives. Depuis que le microscope existe, depuis que les méthodes de coloration sont au point, on a certes pu amener quelques lumières dans le domaine des tumeurs. Cependant s'il en est certaines que l'on peut facilement identifier, classer, il en est d'autres dont la complexité est telle que chaque auteur qui les a étudiées leur a donné un nom différent en rapport avec leurs caractères anatomo-pathologiques.

Nous reviendrons plus en détail sur les différentes appellations qui ont été données, motivées par des particularités cellulaires, mais citons de suite quel-

ques noms remarquables qui se sont occupés de la question.

Billroth, le premier, en Allemagne, donna une bonne description du cylindrome dans son travail intitulé « Untersuchungen über die Entwicklung der Blutgefäße ». Le premier, il reprit la description d'un cas qui, avant lui, avait été étiqueté par W. Busch « Hypertrophie des glandes lacrymales ».

Le deuxième cas fut observé et décrit par A. von Graefe.

Les noms sont nombreux en Allemagne de ceux qui s'occupèrent de la question.

M. Borst voulut rattacher le cylindrome au groupe des endothéliomes et périthéliomes ; mais bien plus tard il lui rendit son autonomie. Citons Ziegler, Schmans-Herxheimer, Birsch-Hirschfeld, Förster, Grohe, Köster, Böttcher, Sattler, etc...

Otto Becker parla d'épithélioma.

Knapp publia deux cas de carcinomes.

Cependant le terme de cylindrome ne fut employé en Allemagne que par Billroth, von Graefe, R. von Volkmann, von Recklinghausen et von Rindfleisch.

Enfin parlons encore de Ribbert qui donna une description très exacte du cylindrome.

Si nous avons parlé en premier des auteurs allemands, c'est qu'ils furent effectivement les premiers à parler de « zylindrom », et nous croyons qu'il est juste de leur faire ici une mention spéciale.

Mais en France et dans les autres pays il y a une pléiade de grands noms à citer :

Mollière, Lagrange, Fromaget, Dupuy-Dutemps,

de Lapersonne, Dianoux, Valude, Morax et le Professeur Rollet qui, s'il ne s'est pas occupé particulièrement de l'origine histologique des cylindromes, a mis au point le traitement : l'orbitotomie externe.

Nous citons à l'étranger : Aievoli, Brose, Ruszkowski, Dabrowska, Wray, etc... Nous pourrions en citer bien d'autres qui se trouvent mentionnés dans notre bibliographie.

Van Duyse a fait un important travail sur les endothéliomes. Il se rapproche d'ailleurs de l'opinion d'un Allemand, Alt, qui constate que les « tumeurs de la glande lacrymale prennent très fréquemment leur origine dans le tissu conjonctif interstitiel et seulement en de rares cas présentent un caractère vraiment épithélial ».

Nous verrons dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique qu'il est très difficile en réalité, quand on lit avec attention même dans leur texte primitif, les observations publiées sous le titre de tumeurs lacrymales, de se faire une opinion précise sur l'origine ectodermique ou mésodermique du néoplasme. Il est certain qu'un grand nombre de confusions ont été faites à cet égard.

Cette confusion est due à la nature curieuse du cylindrome, nature qui dérouta plus d'un histopathologiste. Aujourd'hui, P. Masson nous explique une théorie très séduisante fondée sur l'inversion de la polarité fonctionnelle des cellules néoformées ; elle permet de donner au cylindrome une autonomie et nous croyons que bien des tumeurs baptisées autre-

fois tumeurs mixtes pourraient maintenant se ranger sous cette étiquette.

Et nous ne voulons pas parler des épithètes données aux tumeurs par les anciens auteurs, sans examen histologique, qu'étaient les cas décrits par Todd, Lawrence, O'Beirne, Maslieurat-Lagemard sous le nom de squirrhés.

Il y a quelques années on considérait presque toutes les tumeurs de la glande lacrymale comme des carcinomes ; on eut ensuite tendance à les appeler sarcomes ou endothéliomes. Nous ne voudrions pas aujourd'hui, tombant dans un excès toujours blamable, n'y voir que des épithéliomes, catégorie cylindrome, mais on est frappé en lisant des observations de rencontrer sous des appellations différentes souvent les mêmes caractères.

Mais tâchons, autant que cela est possible, brièvement, de donner une définition du cylindrome.

CHAPITRE II

Anatomie de l'orbite

Avant d'aborder l'étude du cylindrome de l'orbite et de son traitement qui consiste en une intervention faite dans la cavité orbitaire, il ne nous semble pas superflu de faire un petit rappel de l'anatomie de cette région, rappel sans lequel nous ne pourrions saisir toute la finesse et le côté pratique de l'intervention préconisée par le Professeur Rollet : l'orbitotomie externe.

Il est classique de comparer l'orbité à une pyramide quadrangulaire dont la base dirigée en avant et quelque peu en dehors constitue le pourtour orbitaire, et le sommet tourné en arrière correspond au trou optique.

La base se caractérise par l'épaisseur, la résistance, la solidité du squelette comparées à sa minceur dans la cavité proprement dite.

La paroi interne ayant 1,5 à 2 millimètres d'épais-

seur répond à la fosse zygomatique : elle est résistante.

La paroi interne est constituée par 4 os : face interne du corps du sphénoïde, os planum de l'ethmoïde, unguis, apophyse montante du maxillaire supérieur, a 0,2 à 0,4 millimètre d'épaisseur ; elle est donc assez fragile et se laissera facilement perforer par les tumeurs orbitaires, dont le cylindrome qui envahira la cavité nasale.

La paroi inférieure ou plancher formée par la face supérieure du maxillaire, l'apophyse de l'os malaire et l'apophyse orbitaire du palatin a 0,5 à 1 millimètre d'épaisseur. Moins facilement que la paroi interne, elle pourra cependant elle aussi se laisser effondrer par la tumeur qui envahira le sinus maxillaire.

Enfin la paroi supérieure formée par trois os : le frontal, le malaire et la grande aile du sphénoïde, est très mince, autant au centre qu'en avant. Elle se laissera facilement éroder par les tumeurs orbitaires qui de là pénétreront dans le crâne, ce qui est très grave de conséquences.

Le périoste tapisse toute cette cavité osseuse auquel il adhère assez fortement.

Enfin à l'intérieur de cette cavité : le globe oculaire, que la graisse de l'orbite dans laquelle se trouve tous les organes ou filets délicats, est renfermé dans une sorte de sac en baudruche parfois très épais qui n'adhère au périoste que par des tractus conjonctifs très grêles et facilement décollables.

Le Professeur Rollet demanda au Professeur Latarjet de vouloir bien disséquer cet espace décollable et

voici ce que cet éminent anatomiste a bien voulu communiquer sur l'anatomie de la région :

« Des recherches anatomiques depuis longtemps classiques soit sur l'homme, soit sur les grands animaux dont l'appareil musculaire oculaire est particulièrement développé (cheval) ont montré que le péri-mysium qui entoure chaque muscle, se prolonge de muscle à muscle, formant ainsi dans la cavité orbitaire un véritable cône conjonctivo-musculaire dans lequel se trouvent inclus la graisse, les nerfs, les vaisseaux destinés au globe de l'œil. Les attaches périorbitaires des muscles, la condensation du tissu conjonctif à ce niveau établissent dans la cavité orbitaire un diaphragme, sorte de rideau qui la divise en deux espaces, l'un antérieur oculaire, l'autre postérieur orbitaire, ainsi que l'avait déjà vu Tillaux. La dissection et l'examen des coupes de l'orbite (sagittale, frontale, horizontale) prouvent que lorsque le diaphragme antérieur est effondré il existe entre la paroi osseuse et la toile conjonctive qui entoure tous les organes de l'œil *un espace* décollable limité en dedans par le voile conjonctif et en dehors par le périoste particulièrement adhérent à ces os de membrane.

« La gaine conjonctive avec les muscles qui la soutiennent et sur lesquels elle se poursuit, forme ainsi une barrière qu'on pourrait appeler l'enveloppe péri-viscérale orbitaire. »

CHAPITRE III

Etiologie. Symptomatologie

I. — ETIOLOGIE. — On perdrait vainement son temps à discuter sur la mystérieuse origine des cylindromes. Elle nous est complètement inconnue.

Contentons-nous plus modestement de voir s'il n'existe pas quelques causes prédisposantes, quelques conditions susceptibles de favoriser son développement. Voyons l'influence que peut avoir le sexe, l'âge, les maladies ou un traumatisme local antérieur.

Une petite statistique nous montrera tout de suite par quelques chiffres ce que l'on peut conclure à ce sujet :

Sur 12 cas relevés nous avons 6 femmes, et 6 hommes.

Généralement il survient chez les adultes entre 18 et 65 ans. Parmi ces malades, une seule a reçu sur la région orbitaire un traumatisme important.

II. — SYMPTOMATOLOGIE. — La symptomatologie des tumeurs en général est quelque chose d'extrêmement variable surtout à la période de début.

Le cylindrome en particulier, dont l'évolution est très lente, se manifeste à la période de début en général par un grand signe, celui qui attire l'attention du malade, même de son entourage et ce signe peut être :

Période de début. — Soit les douleurs, soit l'exophtalmie, qu'accompagne souvent un troisième signe jamais seul : la baisse de l'acuité visuelle.

Quelquefois ces deux signes, douleurs et exophtalmie, peuvent apparaître simultanément, c'est extrêmement rare. L'apparition de l'un de ces signes avant l'autre est liée en effet à la situation de la tumeur dans l'orbite. De même qu'un petit fibrome de la face antérieure de l'utérus se manifestera surtout par des douleurs avec peu ou pas de pertes, tandis que siégeant sur la face postérieure il est très longtemps indolore mais s'accompagne de pertes plus abondantes, de même ici le symptôme principal variera avec l'emplacement du cylindrome. Si celui-ci se développe aux dépens de la glande lacrymale elle-même il pourra donner de suite une exophtalmie très marquée sans grande douleur ; si, au contraire, il prend naissance d'un reste embryonnaire situé profondément dans l'orbite il donnera d'abord des crises douloureuses avec baisse de l'acuité visuelle et parfois précocement œdème de la papille.

Les douleurs se manifestent sous forme de crises survenant sans cause apparente, principalement la nuit ; elles semblent avoir leur point de départ dans l'orbite et s'étendent à toute la région temporale.

Ces crises durent plusieurs heures en passant par un maximum d'acuité. Au début elles sont très espacées : une tous les quinze jours, puis une toutes les semaines, puis plusieurs par semaine.

Quelquefois, comme nous l'avons fait remarquer, elles sont le seul symptôme.

Souvent elles s'accompagnent d'une baisse progressive de l'acuité visuelle, généralement limitée au champ temporal.

L'exophtalmie est très souvent le premier signe. Ce sont les parents ou amis qui font remarquer au malade que ses deux yeux ne sont pas pareils : il y en a un qui ressort.

Cette exophtalmie peut être soit directe en avant, l'œil n'étant pas dévié mais simplement projeté en avant.

Elle peut être oblique en bas et en dedans, le regard étant dirigé vers la base du nez.

Elle est irréductible, mais l'œil n'est pas dur et la tension intra-oculaire n'est pas modifiée.

Cette exophtalmie, quand elle est assez prononcée, s'accompagne d'autres signes qui en sont la conséquence mécanique :

— Le ptosis de la paupière supérieure, celle-ci recouvrant partiellement l'œil par suite de la gêne dans ses mouvements vers le haut, occasionnée par la proéminence du globe oculaire.

— Une limitation des mouvements de l'œil vers l'extérieur et vers le haut, limitation qui pourrait

laisser croire à une parésie des muscles droits supérieur et externe.

En réalité ces deux derniers signes qui pourraient induire le médecin en erreur et laisser croire à des parésies de certains muscles releveurs de la paupière supérieure et muscles moteurs de l'œil ne sont que la conséquence de la gêne provoquée par l'exophtalmie.

Si le médecin pratique un examen général il ne trouvera rien, à condition, bien entendu, que le malade n'ait pas d'autre affection intercurrente.

La température est normale.

Il y a une légère asthénie provoquée par les nuits sans sommeil, la douleur et le souci que se fait le malade. Mais :

— pas de diminution de poids.

— l'examen du fond d'œil ne révèle rien : le plus souvent pas d'œdème de la papille. Cornée, iris, cristallins normaux.

— un examen du sang et du liquide céphalo-rachidien au point de vue cytologique ne donne rien.

— la radiographie du crâne fait à cette période, de face ou de profil, ne donne rien.

Période d'état. — Insensiblement le malade entre dans la période d'état qui est caractérisée par l'apparition d'un nouveau signe dont l'importance est primordiale puisque c'est lui qui fait faire le diagnostic :

L'apparition à l'extérieur de la tumeur.

Cette tumeur, vers laquelle toute l'attention du malade et du médecin va être tournée, cette tumeur

qui pour tous est une révélation, offre différents caractères qu'il est très important de bien connaître.

Quel est son aspect ; sa situation exacte ? C'est une petite nodosité située sous le rebord supérieur de l'orbite dans sa partie externe qui va grossissant lentement, mais progressivement.

Sa forme ? Ovoïde.

Est-elle douloureuse au toucher ? Non.

Est-elle adhérente au plan osseux, ou pédiculée, mobilisable ? Elle n'est pas adhérente au plan osseux ; elle est souvent pédiculée et presque toujours mobilisable.

Quelle est sa consistance ? Dure.

Est-elle régulière ou bosselée ? Régulière, uniforme.

Est-elle réductible dans l'orbite ? Très peu.

Est-elle douée de pulsations isochrones au pouls ?

Non, elle n'est animée d'aucun battement.

Est-elle chaude ? Non plus.

S'accompagne-t-elle de ganglions pré ou rétro-auriculaires ? Rarement.

Que sont devenus les autres symptômes ?

L'exophtalmie est allée sans cesse en augmentant. Parfois cependant on est frappé de voir qu'en proportion elle n'a pas augmenté comme la tumeur. Ceci tient à ce que celle-ci, bien pédiculée, ayant fait saillie à l'extérieur, comprime moins le globe.

Les douleurs suivent une évolution parallèle à l'exophtalmie. Le plus souvent elles sont devenues intolérables. Le malade n'a plus de repos ; ce sont tous les jours des crises extrêmement douloureuses.

Cependant l'état général n'est pas très mauvais.

Pas de température.

Parfois un amaigrissement de deux ou trois kilos qui s'explique facilement par suite de l'existence insupportable que mène le malade.

Il est inutile de faire des examens de laboratoire : ils ne donneront rien.

Par contre, l'examen de l'œil nous montre :

Diminution très importante de l'acuité de l'œil malade ;

Presque toujours un gros œdème papillaire ;

Parfois un décollement important de la rétine ;

L'œil est de plus en plus immobilisé.

L'intervention s'impose au médecin et au malade.

CHAPITRE IV

Etude anatomo-pathologique

S'il est indispensable de bien connaître les signes cliniques des tumeurs, parce que c'est à eux que l'on doit se fier pour les indications d'une intervention qui, plus elle est précoce plus elle a de chances de succès, il est également indispensable, une fois la tumeur enlevée, de la regarder au microscope ou mieux encore de la confier à un anatomo-pathologiste dont la science est d'un si grand secours au chirurgien.

• Confirmer un diagnostic très souvent hésitant, imposer un pronostic, quoi de plus essentiel ? Que nous demande en effet le malade sinon savoir si ce qu'il a est grave, si, une fois opéré, il est guéri pour toujours ? Seul le microscope peut nous donner une réponse à peu près certaine.

L'étude anatomo-pathologique des tumeurs a toujours passionné les histologistes. Dans le cas du cylindrome elle a souvent donné lieu à des divergences d'interprétation et chacun, voulant originaliser son

opinion, donna à cette tumeur un nom différent ; appellation en rapport autant avec la présentation actuelle de la coupe qu'avec l'origine probable de ces différents tissus, de ces différentes cellules dont les rapports entre eux étaient un véritable mystère.

Nous verrons en effet lorsque nous étudierons les transformations cellulaires dont le tissu de la glande lacrymale est l'objet, en suivant une théorie extrêmement séduisante qui donne l'explication très claire de tout ce qu'il y avait d'inconnu jusqu'alors dans le processus de développement des cylindromes, nous verrons combien souvent toutes ces appellations se ressemblent, tout en restant très logiques et combien doivent être nombreuses les tumeurs que l'on pourrait rattacher au groupe des cylindromes.

Nous avons parlé dans nos quelques lignes consacrées à l'historique de cette question, des nombreux auteurs qui ont attaché leur nom à l'étude de ces tumeurs ; reprenons cette nomenclature un peu plus en détail.

Van Duyse donne comme définition du cylindrome : « Le cylindrome n'est qu'un endothéliome avec formations hyalines fabriquées spécialement aux dépens du tissu conjonctif fondamental et des vaisseaux. »

Driessen a essayé de démontrer que cette substance hyaline, qui intrigua tant tous les anatomo-pathologistes était du glycogène et il appelle ces tumeurs des angio-sarcomes.

Klebs parle de tumeur hyalogène.

Lagrange dit : « Le cylindrome n'est donc qu'un endothéliome avec formations hyalines. »

Malassez l'appelle : « épithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux ».

Pour Fromaget, c'est un épithélioma tubulé dont il donne une très bonne description.

Dianoux baptise les siens : « épithélioma polymorphe de la glande lacrymale ».

Chevassu : « enclavome ».

Rogmann : « endothéliome hyalogène ».

Sottler : « sarcome carcinomateux ».

Golgi revendique le nom d'endothéliome.

Mathias celui de progonoblastome.

Eckart, comme Von Hippel, admet deux groupes d'endothéliomes : endothéliomes intra-vasculaires ; endothéliomes lymphatiques.

Les uns ont étudié le cylindre en tant que « tumeur d'origine lacrymale » et en font un épithélioma possédant quelques caractéristiques spéciales.

Les autres en font une tumeur conjonctive, un sarcome, développé aux dépens du tissu capillaire soit lymphatique soit sanguin et l'appelle lymphangiosarcome ou hœmargiosarcome ; sarcome à évolution lente et à pronostic non pas bénin mais éloigné.

Pourquoi toutes ces appellations différentes ? La nature même du cylindre va nous l'expliquer.

Tout d'abord le cylindre n'est pas une tumeur spéciale aux glandes lacrymales ; on trouve même plus fréquemment encore des cylindres développés aux dépens des glandes salivaires. Dernièrement encore Bertrand et E. Pollosson firent à la Société Chirurgicale de Lyon une communication au sujet d'un cylindre de la glande sous-maxillaire.

On donne le nom de cylindrome à des épithéliomes caractérisés par l'état muqueux du stroma conjonctif qui borde les travées cancéreuses. Ces tumeurs sont d'une malignité variable. Les unes, le plus souvent, sont encapsulées, d'autres extrêmement envahissantes se propagent au nez, sinus maxillaire, surtout lorsqu'il s'agit de récidives.

M. le Professeur Masson nous fait justement remarquer qu'il existe en dehors du cylindrome pur, primitif, une dégénérescence cylindromateuse, évolution qui survient à titre « d'épiphénomène dans le développement d'un néoplasme d'allures et souches variables ».

Mathias remarquant sa situation au niveau des fentes embryonnaires dans l'angle supéro-externe de l'orbite en fait une tumeur dysembrioplastique et propose de l'appeler *progonoblastome*.

Macroscopiquement un cylindrome se présente comme une tumeur de taille variable, de forme généralement régulière, ovoïde ; il est presque toujours complètement enveloppé dans une épaisse membrane qui pénètre à l'intérieur de la tumeur et la divise en plusieurs lobes. Elle est de consistance dure, de couleur blanchâtre.

Sur les préparations microscopiques colorées par la thionine, le mucicarmin, l'hématoxyline au fer ou encore le bleu de toluidine, excellent colorant, on distingue des cordons cellulaires formés de cellules petites et régulières et creusées de cavités arrondies ou ovalaires. Un tissu conjonctif assez vascularisé forme le stroma, très lâche au voisinage des cordons

et plus dense à distance où il prend l'aspect scléreux ou hyalin.

Chaque lobe de la tumeur est formé par un groupe de cordons inclus dans une masse conjonctive commune. Un certain nombre des cavités creusées dans le cordon sont reliées à l'étui muqueux par un pédicule étroit.

« L'étui muqueux cylindroïde et les plaques muqueuses appelées autrefois « corps oviformes » par Ch. Robin sont les éléments caractéristiques du cylindrome. »

Histogénèse

1° Quel est le processus de formation des cordons épithéliaux ?

A l'origine on a des tubes glandulaires unistratifiés tapissés de cellules cubiques ou cylindriques. Normalement ces cellules sécrètent par leur pôle sécrétoire qui est l'opposé du pôle basal, vers la lumière des tubes.

Ici les parois des tubes donnent des bourgeons de cellules épithéliales qui prolifèrent refoulant la cavité du tube et l'interrompant çà et là. Ainsi prend naissance un cordon épithélial ramifié semé de minuscules cavités glandulaires.

2° Comment est sécrété le mucus ?

La coloration nous montre un dépôt de mucus, autour des cellules épithéliales principalement. On pense

aujourd'hui que ce mucus est dû à l'activité des cellules épithéliales et que le produit de sécrétion sort de la cellule par la face basilaire. Il faut en conclure qu'il y a eu inversion de la polarité fonctionnelle.

Le mucus reste donc au contact des cellules qui bordent le stroma. Autour des cordons il forme l'étui caractéristique. Autour des vaisseaux englobés « les corps oviformes ». Tous les éléments conjonctivo-vasculaires ainsi étranglés, séquestrés, dégénèrent du point où ils pénètrent le cordon et se fondent dans une sphérule muqueuse entourée par des cellules épithéliales cubiques.

Mais à côté de ces cavités qui résultent de la sécrétion muqueuse endocrinienne des cellules épithéliales et de la fonte des éléments conjonctivo-vasculaires, il en est d'autres qui répondent à l'orientation sécrétoire normale des cellules. Celles-ci sont d'un diamètre très variable selon l'intensité de la fonction sécrétoire. Les unes restent minuscules, alors que les autres deviennent aussi larges que les corps oviformes.

Les cylindromes ne varient entre eux que par des points de détail, forme des cellules épithéliales exocrines qui rappellent plus ou moins la glande originelle; parfois on observe la formation de fibres élastiques dans le tissu hyalin.

Voici donc les caractères principaux qu'il est très important de bien connaître pour comprendre, d'une part pourquoi le cylindre fut l'objet de tant de controverses, et d'autre part pour pouvoir faire un diagnostic anatomo-pathologique d'où découle le pronostic si important au point de vue pratique.

CHAPITRE V

Evolution et pronostic

EVOLUTION. — Le cylindrome de l'orbite a une marche très lente : plusieurs années avant que l'indication de la première intervention se précise. Généralement deux à trois ans, parfois plus, six ou sept ans.

Nous croyons que l'on n'a jamais observé de cas où le malade soit mort sans avoir été opéré au moins une fois. Cependant nous croyons pouvoir dire que si l'on abandonnait la tumeur à son évolution, elle grossirait, envahirait tout l'orbite repoussant l'œil devant elle, le plus souvent l'englobant sans le pénétrer. Celui-ci mal protégé par des paupières fermant incomplètement, comprimé par la tumeur serait le siège de troubles infectieux venus de l'extérieur et de troubles trophiques. La cornée s'ulcérerait et probablement à la suite d'une perforation spontanée se viderait, la tumeur perforant les plans osseux, s'étendant au sinus maxillaire, au nez et au cerveau. L'issue

serait donc fatale dans un temps assez court, mettons un an.

Si le malade est opéré dès que l'indication en est portée, le résultat immédiat est excellent. Guérison pendant six mois, un an, parfois deux ans ; mais presque infailliblement récidive. Une seconde intervention, puis une troisième peuvent être tentées, avec, chaque fois, une guérison apparente de plusieurs mois ; puis la tumeur peut se transformer en tissu fibreux stable et la guérison être définitive, ou au contraire ayant tendance à se reproduire de plus en plus vite, on peut être forcé un jour, devant l'étendue de la propagation néoplasique, d'abandonner le malade à son triste et fatal sort.

Ce qu'il y a lieu d'observer c'est que les métastases éloignées n'existent pas et que c'est toujours contre les récidives locales que le chirurgien aura à lutter.

PRONOSTIC. — Fondé d'une part sur les symptômes cliniques, principalement la grande lenteur de l'évolution, d'autre part après la première intervention sur les caractères histologiques de la tumeur, le pronostic est de ceux dont on peut dire qu'ils ne sont pas mauvais. Si le chirurgien peut faire une intervention assez large, absolument radicale dans toute la tumeur, avec son noyau d'origine, le malade sera à l'abri de récidives fâcheuses ; malheureusement la région se prête peu à des interventions radicales, surtout lorsqu'on veut conserver le globe oculaire, les portes d'accès dans l'orbite étant, comme nous le ver-

rons, très étroites. Aussi les récidives sont presque toujours la règle et la mort survient dans 60 % des cas par propagation au cerveau et aux plans osseux de la face après la deuxième ou la troisième intervention.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic diffère suivant qu'on envisage la première période où il y a douleurs et exophtalmie sans tumeur apparente et la deuxième période où le néoplasme est visible ou palpable dans le sillon orbito-palpébral supérieur.

I. — *Il n'existe pas de tumeur apparente.*

Après avoir éliminé d'emblée toutes les affections pouvant provoquer une exophtalmie bilatérale, en présence d'un sujet souffrant et présentant une exophtalmie unilatérale, axile ou avec déplacement latéral du globe oculaire (exophtalmie irréductible), on doit penser à une tumeur orbitaire.

Chez ce malade, et à cause du développement lent et progressif de l'exophtalmie, signe particulier du cylindrome, on ne pourra penser à ce diagnostic qu'après avoir éliminé toute possibilité de lésion infectieuse chronique, développée aux dépens du contenu orbitaire, des parois osseuses et des sinus.

II. — *La tumeur est palpable.*

Dans ce cas, stade avancé du néoplasme, il nous faut écarter successivement plusieurs hypothèses.

1° Les lésions syphilitiques intra-orbitaires (infiltrations gommeuses, périostoses, exostoses) seront éliminées par l'application méthodique d'un traitement antisiphilitique. La douleur, surtout provoquée, est généralement plus marquée que dans le cylindrome. La ponction de la tumeur peut donner des résultats intéressants.

2° La tuberculose osseuse de l'orbite sera généralement éliminée du fait de son évolution plus rapide : évolution marquée par un court intervalle de quelques semaines entre le moment où apparaissent les symptômes de la lésion et sa propagation à la peau suivie de l'évacuation de pus caséeux. L'inoculation au cobaye confirme le diagnostic. Il existe, néanmoins, des cas de tuberculose à évolution lente et où le tissu inflammatoire forme une masse solide, sans tendance à la caséification ; le diagnostic est alors particulièrement délicat.

3° L'actinomyose orbitaire est exceptionnelle. La formation d'une fistule tardive donnant jour à du pus à actinomyces typiques pose le diagnostic, confirmé par l'examen microscopique.

4° Certaines altérations dont le point de départ siège dans les sinus de la face peuvent aussi en imposer pour une tumeur orbitaire, ou inversement, une tumeur peut faire penser à une sinusite. En effet, à côté des sinusites suppurées aiguës, à évolution rapide, il en est de chroniques où la paroi sinusienne

se laisse refouler lentement dans la cavité orbitaire produisant l'exophtalmie et les troubles de la motilité des globes oculaires.

Une radiographie des sinus de la face lèvera tous les doutes.

5° On réussit assez souvent à diagnostiquer les tumeurs kystiques (kystes séreux congénitaux, dermoïdes, hydatiques; cysticerques) par la fluctuation et la ponction exploratrice.

6° Quant aux tumeurs vasculaires, elles se reconnaissent à leurs caractères de pulsatilité et de réductibilité ; il faut se méfier cependant de certains fibrosarcomes orbitaires animés, en raison d'un fort pédicule vasculaire, de mouvements pulsatiles et qui peuvent en imposer pour une tumeur vasculaire.

A vrai dire le diagnostic ferme du cylindrome ne sera, la plupart du temps, nettement posé que lors de l'examen anatomo-pathologique, aux conclusions très nettes, qui suivra son extirpation.

CHAPITRE VII

Traitement

La cure radicale du cylindrome de l'orbite est l'extirpation. Diverses méthodes ont été préconisées pour l'ablation de la tumeur.

Quel est le but à atteindre? Enlever la tumeur, toute la tumeur, en s'efforçant de conserver à l'œil son acuité, ses mouvements et sa protection palpébrale. On conçoit que la technique opératoire ne diffère pas lorsqu'il s'agit d'extirper un cylindrome au lieu d'une autre tumeur.

A la période préantiseptique, Velpeau, Demarquay, Acrel, Deval ont proposé des méthodes par voies transpalpébrale ou transconjonctivale.

L'antiseptie facilitant les interventions, d'autres méthodes plus audacieuses ont vu le jour.

Kräulein exécute très ingénieusement la résection de la paroi externe de l'orbite.

Lagrange, en 1903, décrit trois méthodes principales :

- 1° Transpalpébrale ;
- 2° Transconjonctivale ;
- 3° Transosseuse.

M. le Professeur Rollet les étudia de très près et voici ce qu'il en dit :

« 1° La voie transpalpébrale est la plus ancienne, mais elle est mutilante et, pratiquée en haut à la face adhérente, elle détermine du ptosis ;

« 2° La voie transconjonctivale dont Knapp règle le manuel opératoire, sans avoir été le premier à l'utiliser, est une voie étroite faisant pénétrer inutilement dans le paquet adipeux de l'orbite que l'on peut souvent respecter.

« Quant au procédé mixte de Lagrange, transpalpébro-conjonctival où l'on coupe systématiquement le muscle droit externe, il expose l'opéré de parti-pris au strabisme paralytique et ouvre inutilement le cône musculo-sensoriel. »

Et il ajoute :

« Je crois avoir utilisé l'un des premiers en France la voie transosseuse de Kräulein ; je l'ai modifiée en 1901, pratiquant ainsi le premier l'abaissement du malaire pour une exophtalmie que j'ai guérie. J'ai complètement abandonné cette opération délicate qui donne peu de jour et détermine une fracture esquilleuse avec blessure des vaisseaux et des nerfs ; ses suites sont assez longues et s'accompagnent trop souvent de troubles musculaires ou nerveux. Terrien a

récemment montré les difficultés de l'intervention et ses complications. »

Reste enfin une méthode, celle de notre Maître le Professeur Rollet, qui nous apparaît comme étant, sans conteste, la plus pratique et la moins mutilante. C'est par cette méthode que fut extirpé le cylindrome de notre malade. Si nous n'avons fait que mentionner dans l'observation de notre malade l'intervention qui lui avait rendu la santé il nous semble bien venu ici de parler un peu plus longuement de la technique opératoire.

« C'est une opération simple qui sera faite par l'ophthalmologiste et non par le chirurgien. Cette méthode, que j'ai préconisée, a permis à mes assistants et à moi-même d'enlever 32 néoplasmes de l'orbite sans jamais recourir à des résections osseuses.

Après une désinfection soignée de la région orbitaire, désinfection faite à l'alcool iodé, après avoir isolé la zone opératoire au moyen de champs et fait une anesthésie locale au moyen d'une injection rétro-tumorale de 3 cc. de la solution :

Adrénaline	0,01
Scurocaïne	4
Eau	50 cc.

1° Suture palpébrale aux fils de soie, permettant d'enfermer l'œil dans ses culs-de-sac conjonctivaux indemnes, pour éviter tout ulcère cornéen consécutif et faciliter l'examen de l'orbite profonde ;

2° Incision curviligne externe, de 3 centimètres au moins, en marge de la tumeur. Le bistouri mord jusqu'à l'os sous-jacent. Section de l'aponévrose anté-

rieure, à la rugine concave, au ras du rebord orbitaire ;

3° Exploration de l'orbite au doigt, sans léser l'aponévrose postérieure, qui renferme graisse, muscles, vaisseaux et nerfs. Ce large espace est décollé par le doigt ;

4° Extirpation de la tumeur et suture intra-dermique.

Cette opération ne constitue pas un procédé de nécessité commandé par la topographie d'une tumeur, mais une nouvelle orbitotomie, bien réglée, destinée à découvrir un néoplasme dont on ignore le siège. L'exploration se fait sous l'aponévrose restée intacte. J'ai pu reconnaître l'existence d'une loge, d'une zone décollable non décrite. Ma méthode peut donc s'appeler une orbitotomie sous-aponévrotique. »

Cette opération est donc très séduisante parce qu'elle est fondée sur des données anatomiques précises, parce qu'elle nous permet d'intervenir à n'importe quelle période de l'évolution des cylindromes, parce qu'elle cause très peu, pour ne pas dire pas de dégâts. Elle permet de pénétrer dans l'orbite sans fracturer un seul os, sans léser ni filet nerveux, ni branche vasculaire, sans pénétrer dans les graisses de l'orbite. Elle ménage également l'esthétique. Elle ne laisse pas de cicatrice cutanée visible.

Mais malheureusement elle ne permet pas de faire une opération absolument complète. On ne peut poursuivre la tumeur dans ses lointains prolongements et dans notre cas nous avons une récurrence.

Que faudrait-il donc faire ? Ce que Morax précé-

nise : « En présence d'une tumeur même circonscrite, il ne faut pas craindre de faire une large incision orbitaire située au-dessous du sourcil et redescendant le long du rebord orbitaire externe. Cette incision large suivie de l'incision sur le bord osseux de l'aponévrose orbitaire permettra de décoller le périoste de la paroi supérieure et externe et de faire d'arrière en avant une exérèse complète de tout l'appareil glandulaire lacrymal de la paupière supérieure. On aura ainsi plus de chance de n'abandonner dans l'orbite aucun lobule glandulaire en cours d'infiltration néoplasique. C'est là la condition absolument indispensable pour mettre le malade à l'abri de récidives sans cela inévitables et mortelles à coup sûr par extension de la néoformation à l'orbite puis à la cavité crânienne. »

Le malade du Professeur Rollet va certainement revenir ; notre Maître envisagera l'exentération qui seule peut guérir définitivement le malade.

Peut-être la curiethérapie ou la radiothérapie donneraient-elles des résultats satisfaisants. La rareté des cas de cylindromes rend ces essais difficiles.

Observations

Nous avons tenu à relever exactement l'observation que M. le Professeur Rollet a bien voulu nous communiquer, telle qu'elle avait été prise dans le service, au cours de l'évolution de notre cylindrome. On ne peut à notre avis trouver d'exemple plus typique et l'on peut voir combien le cylindrome est un diagnostic difficile à faire à cause de la lenteur de son évolution et du nombre restreint des symptômes objectifs dont il s'accompagne.

On ne peut avoir suivi le malade avec plus de soin; bien que soumis à des examens aussi nombreux que répétés, à un véritable Bertillonnage, on ne peut faire le diagnostic certain avant l'apparition extérieure de la tumeur. Cette observation sera enfin un excellent enseignement au sujet de l'efficacité du traitement qui consiste en une orbitotomie externe, opération due au Professeur Rollet et qui est aussi séduisante par son efficacité que par son élégance.

Nous reproduisons en second lieu, presque intégralement, une observation due au Docteur Moissonnier, de Tours, qu'il nous semble intéressant de comparer avec la première.

OBSERVATION I

(Clinique Ophtalmologique du Professeur ROLLET)

Traumatisme temporal et trépanation à droite ; ptosis, strabisme et exophtalmie à gauche. Orbitotomie externe : extirpation d'un cylindre. Réunion immédiate ; œil conservé avec ses mouvements et sa vision.

Jean-Marie Petr..., manœuvre, âgé de 34 ans, entre dans le service du Professeur Rollet adressé par le Docteur Laroyenne, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Il se présente à la consultation le 8 octobre 1928 pour *baisse progressive de l'acuité visuelle de l'œil gauche*, baisse qu'il aurait remarquée depuis sept mois environ.

Avant la guerre très bonne santé. Le malade nie l'alcoolisme et la syphilis.

Blessé en août 1916 par un éclat d'obus dans la *région temporale droite*, à la partie inférieure, blessure suivie d'une trépanation dans cette même région.

Au moment de la blessure le sujet est resté environ douze heures sans connaissance. Pas de crise, pas d'hémiparalysie, du moins le blessé n'en a-t-il point le souvenir. Réformé à 45 % à la fin de la guerre.

En 1917, l'année suivant celle de la blessure, première crise committiale.

Depuis prend chaque année au mois d'août une crise nouvelle. Il prend régulièrement du gardénal. Il avait très souvent de légères céphalées.

Depuis le début de l'année 1928 l'état du malade s'est manifestement aggravé.

Les céphalées sont devenues fréquentes et pénibles. Cependant pas de nouvelles crises. En même temps le malade accuse de *l'asthénie et un amaigrissement de 4 kilogrammes.*

Il y a environ 7 mois le malade a remarqué que la vue de son œil gauche baissait et qu'il perdait la vue dans le champ

temporal de l'O. G. Depuis ces phénomènes sont allés en s'accroissant en même temps qu'apparaissaient des phénomènes parétiques au niveau de l'œil gauche.

A l'examen. — On constate que l'état général n'est pas mauvais. Le sujet répond peut-être avec un peu de lenteur aux questions mais pas d'amnésie, pas de troubles du caractère, pas d'équivalents.

Du côté du système nerveux, les réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs et supérieurs, cutanés, abdominaux, sont normaux. Pas de trépidation épileptoïde. Pas de flexion combinée de la cuisse et du tronc.

L'examen général n'apporte aucun renseignement spécial.

L'examen ophtalmologique montre que l'œil droit est normal.

Du côté de l'œil gauche, *léger ptosis, incomplet*, respectant l'aire pupillaire et compensée en partie par le frontal. Strabisme en bas. Pas de diplopie.

Parésie du droit supérieur gauche mis en évidence, surtout en maintenant avec le doigt la paupière supérieure gauche et en demandant au malade de fermer l'œil.

Des deux côtés : réflexes pupillaires normaux.

A droite : accommodation normale.

A gauche : parésie de l'accommodation.

En somme l'état actuel de ce malade est caractérisé d'une part par des signes généraux assez discutables, sans température, amaigrissement, céphalées, et d'autre part surtout par des signes oculaires : baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche et paralysie parcellaire du moteur oculaire commun gauche.

Le 15 octobre 1918. — L'examen oto-rhino ne donne rien à signaler.

Rien à signaler dans le nez.

Toucher naso-pharyngien négatif.

Rien du côté des oreilles.

Une nouvelle ponction lombaire est faite. Le liquide sort avec violence, cependant la pression n'est que de 22.

Le 11 octobre 1928. — Une radiographie du crâne est faite (face et profil). Elle est complètement négative

Le 16 octobre 1928. — Le malade a été montré au Professeur Froment. L'examen neurologique montre des signes discutables et diffus. Pas d'atteinte des nerfs craniens. Cependant croyant trouver une certaine gêne dans les mouvements du côté gauche ainsi qu'une légère diminution de la force musculaire de la main, devant la diffusion des signes il semble logique de penser à la spécificité et un traitement est commencé dans ce sens.

Le 18 octobre 1928. — Nouvel examen du liquide céphalo-rachidien.

Tension = 22.

Albumine = 0,20 $\frac{o}{u}$.

Sucre : normal.

Cytologie à la cellule de Nageotte : moins d'un lymphocyte par millimètre cube.

Wassermann négatif.

Le Wassermann était négatif dans le sang au début d'octobre.

Le malade nous montre son livret militaire. Voici ce que l'on y trouve :

« Cicatrice de trépanation dans la région temporale droite, perte de substance osseuse de la dimension d'une pièce de un franc. Cicatrice à fond résistant, non pulsatil. Troubles subjectifs, céphalées, vertiges. » Aucun renseignement de la trépanation.

Le 4 novembre 1928. — On fait un examen hématologique.

Numération globulaire : normale.

Formule leucocytaire : normale.

Le 15 novembre 1928. — Wassermann négatif.

Le 22 novembre 1928. — Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 23 novembre 1928. — Un examen pulmonaire du malade, montre une diminution du murmure vésiculaire à la base droite et la percussion révèle une douleur au niveau de la dernière côte avec tuméfaction douloureuse au 1/3 externe.

La radioscopie pulmonaire montre un voile des deux sommets, mais symphyse pleurale droite.

Le 27 novembre 1928. — Le malade vient de subir une série de cyanure et de néo.

Aucun changement appréciable dans l'état du malade.

On fait une radiographie du thorax. On découvre la présence d'un projectile entre les 11^e et 12^e vertèbres dorsales. En outre un foyer d'ostéite sur l'arc postérieur de la 11^e côte droite. Il semble exister à ce niveau un petit projectile au contact de la côte.

On trouve également un éclat métallique au niveau du flanc gauche de la 4^e lombaire. Tuméfaction fusiforme au 1/3 externe de la 12^e côte.

Le 17 décembre 1928. — Nouvelle ponction lombaire.

Liquide clair ; pression = 15 cm. au manomètre de Claude dans la position couchée.

Albumine : moins de 0 gr. 30.

Sucre : normal.

Cytologie à la cellule de Nageotte ; on ne voit aucun élément blanc ; pas d'hématies.

Wassermann négatif.

Le 19 décembre 1928. — Le malade passe dans le service du Docteur Laroyenne.

Le 14 janvier 1929. — Le malade a été opéré le 28 décembre par le Docteur Laroyenne dans la région costale.

Il revient le 14 janvier se plaignant des mêmes symptômes.

L'examen montre les mêmes signes parétiques avec intégrité papillaire. L'état psychique (asthénie, inappétence à la moindre occupation) reste le même.

Il n'y a aucun signe précis de suppuration encéphalitique ; pourtant on pratique une surveillance régulière dans ce sens (prise régulière de la température, pesée).

Le 25 janvier 1929. — On mesure l'acuité visuelle :

O. G. = 1/2 avec sph. + 2.

O. D. = 1.

Pas de diplopie

Le 31 janvier 1929. — Le malade sort du service.

Le 13 novembre 1929. — Le malade revient dans le service après neuf mois d'absence. Il revient parce que depuis quelques mois il souffre beaucoup de la tête. Les céphalées sont devenues de plus en plus rapprochées et depuis deux mois le malade souffre tous les jours. Il souffre surtout la nuit. Céphalées temporales qui présentent des exacerbations durant un temps variable. De plus, depuis six mois le malade s'est aperçu qu'il présentait au-dessus de l'angle externe du rebord orbitaire supérieur, une boule de petites dimensions. D'après le malade cette boule a augmenté progressivement.

Aujourd'hui, à l'examen de l'œil gauche, on constate :

Pas de points douloureux à la palpation sur le rebord orbitaire supérieur.

La palpation montre la présence d'une boule de la grosseur d'une petite noisette indépendante du globe oculaire, non fluctuante.

L'acuité visuelle est pour :

O. D. = 11.

O. G. = 2/3 faible avec sph. + 2 D.

Cette tumeur semble être adhérente à l'os situé en dedans des extrémités externes du rebord orbitaire supérieur.

Ptosis incomplet respectant l'aire pupillaire.

La parésie du droit supérieur a presque complètement disparu.

Pas de diplopie.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

L'exophtalmie, en bas et en dedans du globe oculaire, que l'on n'avait pas observée lors du premier séjour du malade dans le service, remonte à quelques mois.

La vision de l'œil n'a pas changé depuis sa sortie du service. A l'exophtalmomètre on trouve :

O. D. = 11 mms.

O. G. = 14 mms.

Le malade a présenté une crise committiale en juillet der-

nier. Au point de vue général il avait repris son poids normal à la campagne. Mais depuis son retour à Lyon, remontant à un mois, il a maigri de 2 kilogrammes.

Il semble que le ptosis soit plutôt un faux ptosis dû à cette exophtalmie car les mouvements sont conservés.

Le 16 novembre 1929, sous anesthésie locale, M. J. Rollet, Chef de Clinique, pratique une orbitotomie externe, par incision curviligne au-dessous de la moitié externe du sourcil et se poursuivant jusqu'à un centimètre en dehors et en-dessous de la queue de celui-ci. Après incision à la rugine du périoste au ras de l'arcade, on arrive dans l'espace décollable, la glande lacrymale principale est réclinée ; en dedans de celle-ci on voit alors la tumeur, dont la base antérieure est facilement disséquée ; on peut d'ailleurs poursuivre la dissection du pédicule tumoral qui se poursuit, en s'amincissant, en arrière vers le sommet de l'orbite. La tumeur paraît adhérer au plafond de l'orbite, vers sa partie moyenne. Un coup de rugine la libère facilement. Suture cutanée avec une petite mèche. L'examen de la pièce montre une tumeur de forme arrondie, comme encapsulée, de teinte violacée, du volume d'une noisette environ.

La mèche a été enlevée au bout de 48 heures.

Le 26 novembre. — Tous les mouvements sont possibles.

Élévation normale de l'œil et de la paupière.

Rien au M. O. E.

Rien au M. O. C.

Le 30 novembre. — On pratique un examen du malade au point de vue gastrique et intestinal. Cet examen est négatif. Pas de vomissements, pas de diarrhées, pas d'hématémèses ou mœlena.

Le malade ne souffre pas. Il se plaint de douleurs lombaires intermittentes qu'il attribue à un éclat d'obus.

Le 6 décembre. — Mesures faites à l'exophtalmomètre :

O. D. = 11 cm.

O. G. = 12 cm.

Le 8 décembre. — Réunion immédiate :

Acuité O. D. = 1.

Acuité O. G. = 1/4.

Le 20 décembre. — Sortie du malade.

Examen macroscopique de la tumeur. — La tumeur a un aspect lardacé, blanchâtre ; elle a une forme ovoïde ayant :

3,5 cm. de hauteur.

2,5 cm. de largeur.

2 cm. d'épaisseur.

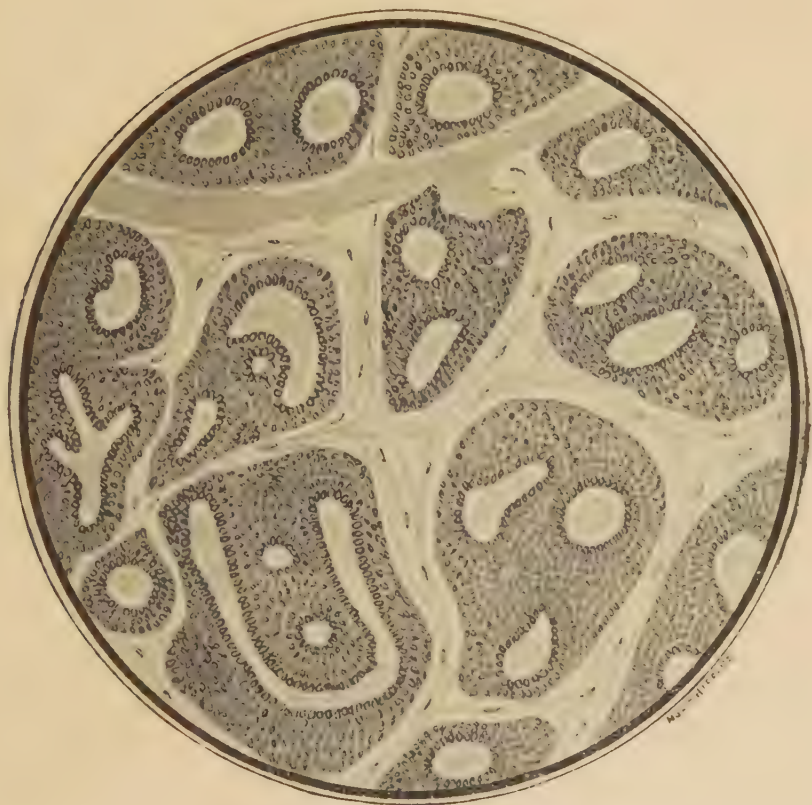
Et l'on fait une coupe que l'on examine au microscope.

Examen microscopique (Pièce N° 5.519 du laboratoire de la Clinique Ophtalmologique). — L'examen histologique donne les résultats suivants. Toute la préparation est constituée par un processus pathologique. Nulle part on ne trouve d'éléments normaux appartenant à la glande lacrymale. On note à la périphérie une épaisse capsule d'enveloppe, incomplète, formée de tissu conjonctif dense et épais. La tumeur elle-même est constituée par des éléments épithéliaux disposés atypiquement et reposant sur un squelette conjonctif. Les cellules épithéliales sont cubiques et de petite taille. Elles sont disposées tantôt en nappes pleines, tantôt en files situées entre deux filaments conjonctifs, tantôt d'une façon pseudo-glandulaire limitant une cavité. Ces cavités sont les unes vides, les autres remplies d'un produit de sécrétion muqueux.

Le substratum conjonctif varie suivant les points ; il s'agit ici et là de tractus fibro-conjonctif normaux, contenant des vaisseaux, parsemés de cellules fixes du tissu conjonctif. Ailleurs, les filaments conjonctifs deviennent amorphes et se colorent de façon diffuse par l'éosine. Nulle part nous n'avons vu d'éléments cartilagineux.

La thionine teint en bleu les éléments épithéliaux. Le contenu des lumières pseudo-glandulaires et certaines parties du squelette conjonctif prennent une teinte métachromatique franchement rose, caractéristique du mucus.

En définitive, l'aspect est celui d'un *cylindrome de malignité peu accusée*. (Examen pratiqué par le Docteur Colrat, chef du laboratoire de la Clinique ophtalmologique.)



5 novembre 1930. — Le malade revu par le Docteur Parthiot présente une exophtalmie légère et on sent une petite masse orbitaire. Il y a donc récidence ; on propose au malade une nouvelle opération.

OBSERVATION II

(MOISSONNIER)

Cylindrome de l'orbite. Extirpation. Récidive, seconde intervention. Guérison apparente sept mois après.

Il s'agit d'une malade, Mme B..., âgée de 42 ans, qui vient consulter pour son œil gauche qui l'inquiète.

Elle a remarqué qu'il devient plus saillant que l'œil droit. Le début remonte à plus d'un an, et l'exophtalmie progresse lentement, mais régulièrement.

Elle ressent de temps en temps des douleurs parfois vives dans le front et la tempe ; le globe oculaire n'est pas augmenté de volume ; il a son aspect normal, n'est ni sec ni larmoyant.

La vision n'est pas altérée.

L'exophtalmie est directe en avant, l'œil semble abaissé légèrement en bas. Tous les mouvements sont conservés.

Il n'existe aucune tumeur apparente près de l'œil ou sous les paupières.

On ne retrouve absolument rien dans les antécédents ; elle nie la syphilis et ne se souvient pas avoir reçu de traumatisme sur la région temporale gauche.

Les ganglions cervicaux et pré-auriculaires ne sont pas engorgés.

Immédiatement l'idée d'une tumeur intra-orbitaire vient à l'esprit, mais j'avoue que mon embarras devient grand quand il s'agit de déterminer le siège et la nature de cette tumeur.

J'élimine d'emblée l'hypothèse d'une tumeur du nerf optique malgré l'exophtalmie directe, bien constatée ici, parce qu'elle s'accompagne de troubles visuels précoces avec névrite optique.

Le droit supérieur pourrait être touché. A cause de l'abais-

sement léger du globe, la tumeur occupe vraisemblablement la partie supérieure de l'orbite.

En tout cas, j'élimine franchement les sinusites frontales, ethmoïdales et même les tumeurs de la glande lacrymale, qui s'accompagnent en général de la déviation du globe, soit en dehors, soit en dedans et de saillie apparente sous l'arcade sourcilière.

Quoi qu'il en soit du siège exact, étant donné la marche lente, le bon état général de la malade, l'absence de ganglions, je crois à une tumeur bénigne.

Je ne retrouve aucune fluctuation rappelant les kystes simples ou hydatiques et je ne fais aucune ponction exploratrice.

Le globe ne rentre pas dans l'orbite sous la pression ; donc pas de tumeurs vasculaires simples qui sont réductibles. On ne constate ni bruit, ni pulsations isochrones du pouls ; donc pas de tumeur pulsatile.

J'ai donc, après ce premier examen, l'impression qu'il s'agit d'une tumeur bénigne rétro-bulbaire, sans qu'il soit possible d'en avoir une idée plus précise.

Suivant l'habitude, dans le doute, je tente un traitement antisypilitique énergique par les injections de cyanure d'hydrargyre et d'iodure de potassium pendant deux mois sans résultat.

Le cacodylate de soude ne donne pas davantage.

Le temps passe, l'exophtalmie augmente, mais reste toujours directe en avant, le globe légèrement abaissé en bas sans déviation de son axe antéro-postérieur.

Les paupières recouvrent l'œil en totalité.

En juin 1902, la malade se plaint de névralgies dans le front ; la vision de son œil baisse et n'égale plus que 1/10 environ.

La papille est nuageuse et œdémateuse.

Je constate alors pour la première fois, sous le rebord supéro-externe de l'orbite, une masse dure, plate, à bord arrondi comme un galet s'étalant sur 2 centimètres de largeur envi-

ron et de 3 ou 4 millimètres d'épaisseur, ressemblant, suivant l'expression de Dianoux, au bord du foie hypertrophié sous les fausses côtes.

Il y a lieu de songer maintenant à une tumeur de la portion orbitaire de la glande lacrymale ayant évolué d'abord en arrière du globe, le chassant en avant, et comprimant maintenant le nerf optique.

La partie antérieure de la tumeur se développe à son tour et devient apparente.

La vision de l'œil étant menacée, j'engage la malade à se laisser opérer.

Le gros de la tumeur étant rétro-bulbaire, pour avoir un résultat complet et avoir plus de facilité je décide de pratiquer l'opération de Kräulein...

.....
Le lendemain de l'opération, température 37°. La malade ne souffre pas.

Le 6, je constate un œdème blanc et mou de toute la face mais surtout à gauche.

Le pansement est trop serré et gêne la circulation, je l'enlève et je constate que la plaie est en excellent état

Les paupières sont très gonflées. Il y a une ecchymose sous-conjonctivale et un léger strabisme convergent.

Le globe est mobile en tous sens.

Le cul-de-sac conjonctival supérieur est soulevé par un liquide jaune foncé, dont il sort quelques gouttes par la pression.

Quelques conduits excréteurs de la glande lacrymale palpébrale ont pu être sectionnés, et les larmes se sont déversées sous la conjonctive et le sang épanché a teinté le liquide.

Je fais une ponction avec la pointe du bistouri et la poche se vide.

Le 8, l'œdème de la face a disparu, la poche de liquide ne s'est pas reproduite.

La malade voit assez bien de son œil.

Le 9, j'enlève les fils et, le 12, la malade rentre chez elle ; son acuité visuelle est remontée à 1/3.

Le strabisme n'a été que passager.

L'opération a laissé des cicatrices temporales à peine visibles.

En novembre 1902 début de la récurrence, soit trois mois après l'opération.

La malade ressent des douleurs dans la tempe et à l'angle interne de l'œil.

On constate un petit noyau dur qui pointe sous le rebord orbitaire près de l'angle interne.

Quelques semaines plus tard, un second noyau survient à côté du premier, puis l'apophyse supéro-externe se tuméfie ; enfin un noyau dur, osseux, survient dans la paroi temporale.

En un mot, la récurrence se généralise et semble vouloir aller plus rapidement que la tumeur initiale, comme si l'opération avait donné un coup de fouet. Pourtant, je le répète, l'opération fut aussi complète que possible.

Je me propose d'intervenir à nouveau très prochainement.

Aspect macroscopique. — La tumeur est de forme allongée, tandis que sa partie antérieure est aplatie, se moulant sur le plafond de l'orbite et le globe, sa partie postérieure forme une masse arrondie.

Elle offre le volume d'une grosse noix.

La surface externe est sombre, lisse et entourée par une enveloppe mince. Sur les tranches, elle est au contraire blanc-grisâtre, rugueuse et d'aspect fibrillaire. Elle est de consistance dure.

Examen histologique. — La tumeur, coupée en fragments minces, a été fixée dans la liqueur de Flemming forte ; les coupes pratiquées dans différentes régions ont été colorées par l'hématoxyline au fer, par la safranine suivie du mélange de Bindä ou par la thionine.

Ces préparations histologiques très belles sont très démon-

tratives. Suivant les régions considérées on remarque des aspects fort différents.

En quelques points, on voit des tubes plus ou moins ramifiés, limités par du tissu conjonctif d'aspect homogène et tapissé par de petites cellules en voie de prolifération, disposées sur une rangée unique.

En d'autres points on aperçoit dans ce même tissu conjonctif des alvéoles de petites dimensions complètement remplies par les cellules épithéliales déjà mentionnées, qui n'affectent plus ici aucune disposition régulière ; les apparences sont à peu près celles que l'on observe dans la plupart des épithéliomes glandulaires.

Mais le plus souvent la structure du néoplasme est beaucoup plus complexe ; on aperçoit dans le tissu conjonctif de larges alvéoles qui semblent renfermer deux sortes d'éléments :

1° Des cellules épithéliales semblables à celles signalées plus haut ;

2° Des corps de grandes dimensions de forme sphérique ou irrégulièrement allongée, présentant un aspect hyalin.

Dans d'autres alvéoles, ces corps présentent une forme lamellaire ; on aperçoit au milieu des cellules épithéliales des bandes étroites, irrégulières et ramifiées, paraissant libres dans la cavité de l'alvéole.

.....

Nous avons reproduit presque intégralement cette observation qui nous semble très intéressante parce que très typique. Nous retrouvons bien là les symptômes décrits précédemment : cette lenteur d'évolution, ce doute qui plane pendant de longs mois dans l'esprit du médecin et la confirmation histologique d'un diagnostic que le temps seul permet de faire, même chez les esprits les plus avertis, les plus éclairés.

Cependant cette observation qui, comme celle du Professeur Rollet, est d'un grand enseignement. Le temps, ce facteur capital déjà dans l'établissement d'un diagnostic, va ici ajouter une note nouvelle au pronostic.

En juin 1904, la progression d'abord rapide de la tumeur se ralentit bientôt. Et ce n'est qu'en octobre 1905 que je tente une nouvelle intervention, me souvenant d'une part que Dianoux obtint la guérison de sa malade après deux récidives et sachant d'autre part que ces sortes de tumeurs entourées d'une membrane d'enveloppe refoulent devant elles les tissus voisins, sans avoir beaucoup de tendance à les envahir et à les pénétrer.

A ce moment le globe oculaire est en forte exophtalmie directe. Il a de plus subi dans sa masse un abaissement sans aucune déviation de son axe antéro-postérieur.

La paupière supérieure est occupée dans toute sa largeur et dans la moitié de sa hauteur par une tumeur lisse et présentant quelques échancrures, dure et résistante sous le doigt. Cette tumeur qui la dédouble pour ainsi dire semble venir du fond de l'orbite en longeant la voûte orbitaire et déborde le sourcil d'un bon travers de doigt. Elle est solidement fixée au frontal, mais la paupière n'a avec elle aucune adhérence et glisse librement sur elle.

Le rebord externe du frontal et le sommet de l'apophyse orbitaire externe sont épaissis et l'os semble envahi par le tissu de néoformation. A 2 centimètres, en arrière, du rebord externe de l'orbite, sur la tempe au niveau de l'ancienne cicatrice, il existe un noyau dur de la grosseur d'une petite cerise. Les ganglions cervicaux ou pré-auriculaires ne sont pas hypertrophiés. La santé générale de la malade est bonne.

Le mal semble donc bien localisé à l'orbite et permet d'intervenir sans témérité pour mettre fin aux douleurs constantes de la malade.

Le 11^{er} octobre, avec mon ami Delagnière, je fais une incision au niveau du sourcil qui, partant du milieu du front, s'incline légèrement et vient se terminer vers le milieu de la tempe au niveau de l'ancienne cicatrice.

On dissèque les tissus rapidement et on découvre facilement la tumeur, qui, entourée d'une enveloppe, se laisse énucléer pour ainsi dire de la paupière. Il faut plus de patience pour la décoller d'avec le frontal et de la voûte orbitaire avec laquelle elle adhère intimement. Enfin la tumeur étant complètement enlevée, on se rend compte que l'étage inférieur est libre.

On sent très bien avec le doigt les dépressions osseuses, rugueuses au doigt, sur la voûte orbitaire qui auraient pu aboutir à des perforations osseuses.

On craint que le tissu osseux ne soit envahi sur le rebord de l'orbite : on le fait sauter à la gouge, ainsi que l'apophyse orbitaire externe. On suture, on draine ; les suites sont normales.

J'ai revu ces jours-ci la malade, c'est-à-dire sept mois environ depuis ma dernière opération, il n'y a pas de nouvelle récurrence. Elle prend depuis ce moment de l'arsenic huit jours, se repose huit jours... Je ne peux donc que me louer de ma seconde intervention.

Examen histologique (qui est la conclusion du Docteur Moissonnier). — Cette récurrence à dégénérescence spéciale du tissu conjonctif présente donc des caractères très semblables, souvent superposables à ceux de la tumeur primitive. Elle en diffère simplement par la plus faible proportion du tissu conjonctif correspondant à une quantité plus grande des éléments épithéliaux, ce qui semble histologiquement répondre à un degré plus prononcé de malignité, c'est-à-dire à un accroissement plus rapide.

Cette tumeur s'est développée dans un laps de temps beaucoup plus court que la tumeur primitive et son évolution vient confirmer les données histologiques.

OBSERVATION III

(Enrique DEMARIA)

Cylindrome. Ablation. Récidive. Enucléation.

Nouvelle récidive. Mort.

Il s'agit d'une malade, L. L., âgée de 33 ans, mariée, d'origine italienne.

Ses parents sont en bonne santé.

Elle-même a toujours été bien portante. Pas de syphilis, pas de tuberculose.

Elle n'a jamais fait de fausse couche. Ses enfants sont bien portants.

Depuis un an elle commence à ressentir de légères douleurs, localisées à l'orbite gauche ; ces douleurs vont en augmentant et s'étendent à la moitié de la tête.

Six mois plus tard surviennent de la difficulté à mobiliser l'œil. Une légère exophtalmie et une diminution de l'acuité visuelle.

Il trouve une tumeur... ayant exactement tous les symptômes de nos tumeurs précédentes.

On fait une ablation de la tumeur avec conservation de l'œil.

Dix mois plus tard la malade revint avec une récidive.

Grosse exophtalmie, envahissement de l'orbite par la tumeur, l'œil n'a rien sauf la papille qui est atrophiée et la vision est réduite à la perception lumineuse.

On fait cette fois une énucléation. La tumeur forme une masse qui contient l'œil, et qui s'étend jusqu'au sinus maxillaire.

Un an après la malade revint avec une grosse récidive locale. La tumeur remplit entièrement la cavité orbitaire avec propagation au sinus maxillaire. Une opération ne semble pas possible. Trois mois après la malade mourut.

OBSERVATION IV

(Professeur DE LAPERSONNE et Docteur E. METTEY)

*Cylindrome de l'orbite. Ablation récidive. Exentération.
Guérison apparente six mois après.*

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui se présente avec une volumineuse tumeur orbitaire ayant son point de départ dans la partie supérieure et externe de l'orbite, embrassant l'œil en haut et en dehors, le repoussant et l'immobilisant en exophtalmie inféro-interne.

Quelques nodules étaient adhérents à la partie profonde de la peau, à la hauteur de la glande lacrymale orbitaire.

La consistance de cette tumeur était franchement dure ; elle paraissait très adhérente au périoste du rebord orbitaire externe. L'œil ne présentait aucune lésion. Son acuité visuelle était de 0,7. La papille, très nette, n'offrait aucun signe de stase.

L'affection avait débuté quatre ans auparavant par une petite grosseur au niveau de l'angle externe des paupières. Le malade aurait d'abord suivi un traitement interne. Puis rentré à l'hôpital de Limoges, on lui avait fait l'ablation de la tumeur, ce qui avait fait disparaître douleurs et exophtalmie. La cicatrice de cette opération occupait exactement la moitié externe du bord inférieur du sourcil. Pendant quinze mois le malade n'avait remarqué aucune récidive. C'était seulement depuis deux ou trois mois qu'il avait constaté à nouveau le développement de la tumeur.

Le malade ayant été étudié pendant quelque temps avec soin à la clinique de l'Hôtel-Dieu, il nous parut que le seul diagnostic rationnel était celui de sarcome récidivé de l'orbite avec point de départ dans la région de la glande lacrymale orbitaire. Quant à la conduite à tenir elle n'était pas douteuse : c'était l'exentération complète de l'orbite avec détachement du périoste surtout en dehors qu'il fallait faire.

Cette opération a été pratiquée le 3 novembre 1905. Jusqu'ici il n'y a pas eu de récédive.

L'examen des coupes est très intéressant. Ce qui frappe, c'est une lobulation extrême rappelant un aspect glandulaire.

A l'examen d'un lobule de la partie centrale on constate la présence de cellules nombreuses entourant très étroitement un plexus d'une substance amorphe et réfringente.

OBSERVATION V

(ROGMANN)

*Cylindrome. Extirpation. Guérison apparente
quelques mois après.*

Il s'agit d'un homme de 49 ans présentant une tumeur dans l'orbite droit, tumeur ayant repoussé l'œil fortement en avant, sans nuire à ses mouvements, ni à la vision. Fond d'œil normal. V. = 1. Pas d'engorgement ganglionnaire ni de douleur. L'extirpation fut faite sans incident particulier, et la guérison survint assez rapidement.

L'examen microscopique a montré une tumeur circonscrite par une membrane d'enveloppe épaisse, fibro-celluleuse, recouverte en certains endroits, par des lobules normaux de la glande lacrymale. La tumeur est formée d'un tissu à peu près homogène. Ce sont des tubes contournés, s'embranchant les uns sur les autres, à lumière plus ou moins large, plus souvent vides, renfermant parfois une substance d'aspect grenu, légèrement colorée. Ces tubes sont bordés par un épithélium à double rangée cellulaire ; l'interne, à cellules cubiques, petites, aplaties ; l'externe, à cellules cylindriques, le protoplasme étant dense et granuleux dans la première, clair et transparent dans la seconde.

Ces tubes sont séparés par un tissu cellulaire lâche, plus

ou moins abondant, à fibres délicates, avec quelques leucocytes.

Au côté externe de la rangée cellulaire cylindrique se voit une traînée hyaline plus ou moins accusée, avec çà et là des boules hyalines.

Ces divers caractères ont suggéré le diagnostic d'endothéliome hyalogène ou cylindrome.

OBSERVATION VI

(DIANOUX)

Endothéliome hyalin de l'orbite. Ablation. Récidive. Nouvelle intervention. Nouvelle récidence. Nouvelle intervention.

B..., âgée de 36 ans, vient parce que son œil droit est en exorbitis, porté en bas et en dehors, avec des mouvements très limités.

Le début remonte à sept ans.

Antécédents : Syphilis à 22 ans et un violent coup de planche à repasser sur la tempe, à la même époque.

L'œil est sec et la malade a remarqué qu'il ne pleurait plus.

Pas de douleurs, pas d'élancements, pas de ganglions engorgés. La glande lacrymale énormément hypertrophiée, facile à reconnaître, fait relief sous le rebord orbitaire, comme le foie hypertrophié sous les fausses côtes.

Opération le 23 mars 1892, au moyen d'une incision faite dans le sourcil. La dissection de la tumeur fut très facile. Cependant, présence d'une perforation osseuse au fond de la fossette lacrymale. Conservation de l'œil.

Suites immédiates très bonnes. L'œil a retrouvé sa place et ses mouvements.

Quelques mois après récidence. Nouvelle opération. Nouvelle guérison.

Plus d'un an après, en novembre 1893, grosse récidence. La tumeur a envahi tout l'orbite. La vision est abolie à cause d'un très gros œdème de la papille qui diffère totalement des papillites infectieuses des tumeurs intra-craniennes. L'œil est intact. Intégrité absolue de son enveloppe et de ses gaines.

Mme B... réclame une intervention, qui est faite à contre-cœur.

Exentération de l'orbite. Découverte de trois perforations osseuses.

Six mois après la malade va très bien ; l'orbite est à moitié remplie par un tissu fibreux résistant.

OBSERVATION VII

(DIANOUX)

Endothélium hyalin. Ablation. Récidence.

Guérison apparente un mois après.

Marie B..., 20 ans. Bonne santé habituelle.

Depuis dix-huit mois exophtalmie, avec déviation du regard, présence d'une tumeur et crises douloureuses dans la région temporale.

Pas d'altération de la vue.

L'opération a lieu en novembre 1892 à l'Hôtel-Dieu. Rétablissement rapide.

Récidence très rapide en février 1894. L'orbite est capitonnée d'un tissu dur très adhérent aux parois osseuses et refoulant fortement l'œil.

Après des hésitations, sur l'instance de la malade, nouvelle intervention avec conservation de l'œil qui est intact. Un mois après l'état de l'opérée est bon.

Analyse microscopique de la première tumeur. — Le tissu pathologique est composé d'une trame et d'amas cellulaires renfermés dans cette trame. La trame est constituée par du

tissu fibreux, tantôt fibrillaire, tantôt condensé en faisceaux assez épais formant un feutrage d'une texture très serrée, tantôt gonflé, jaunâtre et disposé à se transformer dans divers points en tissu muqueux.

Outre les cloisons épaisses qui circonscrivent les amas épithéliaux, on trouve de nombreux prolongements connectifs qui pénètrent au sein des masses épithéliales et s'y terminent en massue. Ces prolongements prennent le plus souvent le caractère du tissu muqueux et ne se colorent plus par le carmin.

Parfois il semble que la prolifération ait porté principalement sur le conduit excréteur et l'on a des figures qui rappellent l'épithéliome tubulé classique de Cornil et Ranvier.

Enfin, et c'est là le point caractéristique de cette tumeur, on voit au milieu des masses épithéliales volumineuses apparaître des espaces clairs, arrondis ou allongés qui trouent la masse épithéliale et la découpe comme une dentelle.

Ces espaces clairs paraissent remplis de tissus muqueux et l'on serait tenté au premier abord de croire qu'il s'agit de dégénérescence muqueuse, ayant porté sur un certain nombre de cellules des amas épithéliaux ; mais l'examen approfondi du tissu morbide montre que ces espaces clairs sont, au moins pour la plupart, la coupe des massues connectives (corps oviforme des auteurs) qui ont pénétré au milieu de l'épithélium et tendent à en dissocier les amas.

.....

D'après les descriptions qui précèdent on peut classer les tumeurs. Elles répondent au type d'épithéliome auquel Billroth a donné le nom peu satisfaisant de cylindrome et qui est tout simplement un épithéliome polymorphe.

OBSERVATION VIII

(VALUDE)

Cylindrome de l'orbite. Exentération.

Il s'agit d'un enfant de deux ans atteint d'exophtalmie de l'œil gauche avec œdème de la papille.

La ponction exploratrice de l'orbite ne donne aucun renseignement ; à l'œdème de la papille il se joignit bientôt un décollement de la rétine qui fit diagnostiquer une tumeur à la fois extra et intravasculaire. L'énucléation, d'abord refusée dut bientôt être remplacée par l'éviscération de l'orbite. On trouve un néoplasme remplissant le sommet de la cavité orbitaire.

L'examen de la partie principale de la tumeur, celle qui siégeait dans l'orbite, donne l'aspect d'un épithélioma ; vers la sclérotique et à l'intérieur du globe, les éléments cellulaires libres donnent l'apparence d'un tissu de sarcome.

D'autre part l'aspect des tubes épithéliaux avec leur axe conjonctif translucide, les îlots de tissu transparent au milieu des bourgeons d'éléments cellulaires précisent la caractéristique du cylindrome. La tumeur semble être née dans l'orbite pour envahir secondairement le globe oculaire.

OBSERVATION IX

(DE OBARIO.)

Cylindrome de l'orbite. Extirpation. Guérison apparente.

Il s'agit d'un malade de 20 ans qui entre à l'hôpital « Santo Tomas », le 11 août 1908.

Pas d'antécédents héréditaires spéciaux, pas d'antécédents personnels.

Il y a trois ans, alors qu'il travaillait à la construction du

canal, il reçut une poussière de charbon dans l'œil et fit un ulcère de la cornée avec grosse réaction conjonctivale.

Depuis ce temps, il lui semble que son œil ait changé d'aspect, qu'il ait grossi.

Le malade vient donc consulter parce qu'il a une grosse exophtalmie que l'on constate de suite à l'examen.

La conjonctive bulbaire est un peu enflammée.

La cornée, l'iris, le cristallin sont normaux.

Le fond d'œil est normal à l'exception d'une zone d'œdème autour de la papille.

L'œil droit a une vision normale.

L'œil gauche a un $1/2$; astigmatisme irrégulier.

Les réflexes à la lumière sont conservés.

La convergence à l'accommodation est très lente.

À la palpation on sent sous le rebord de l'orbite une masse de consistance ferme située sous le rebord supérieur.

L'exophtalmie est irréductible, mais n'est pas pulsatile.

L'opération fut pratiquée sous anesthésie générale.

On extirpa une tumeur ayant comme dimensions 5 cm. de haut, $3\frac{1}{4}$ de large et $2\frac{1}{4}$ d'épaisseur, à forme ovoïde qui est contenue entièrement dans une capsule fibreuse qui, à l'avis du professeur Welch, de l'Université de John Hopkins, provient d'un déchet embryonnaire, et qui renferme des nids de cellules séparés par des travées conjonctives.

OBSERVATION X

(SYPKENS)

*Cylindrome de l'orbite. Exentération. Guérison apparente
8 mois après.*

Il s'agit d'une femme de 65 ans, Madame T..., qui vient consulter le 9 février 1921. Depuis huit mois son œil gauche est anormal, gêne dans les mouvements. Depuis trois mois

baisse de la vision. Il y a trois ans cette malade a eu une maladie de peau autour de l'orbite.

La vision est en ce moment très basse 1/15 : incurable.

L'œil droit est normal. Vision = 1.

Wasserman négatif.

L'exentération de l'orbite fut indispensable.

OBSERVATION XI

(G. TABIAS)

Cylindrome. Extirpation (procédé de Krönlein).

Conservation du globe. Début de récurrence trois mois après.

Il s'agit de Madame A... G..., ménagère, âgée de 57 ans, qui a eu à 52 ans une attaque d'apoplexie, sans paralysie : ménopause depuis 4 ans.

Au printemps 1901 la vue de l'œil droit devient mauvaise.
Epiphora

Pas de rougeur ni de douleur. Saillie de l'œil vers le bras.

Diplopie depuis le début de juillet. Jamais de céphalée.

Traitée pendant trois semaines à l'I. K. et à la pommade iodée, sans aucun résultat.

En décembre, la malade revient : l'acuité a diminué et la saillie de l'œil a augmentée.

Légère ptose de l'œil droit. Rien ne sort par compression du sac lacrymal. Légère rougeur de la conjonctive palpébrale.

Cornée claire.

Pas d'augmentation de la tension. Champ visuel non rétréci ; veines de la rétine légèrement sinueuses.

Tumeur du volume d'une noisette, immobile, d'une dureté osseuse, faisant saillie en avant au-dessus du rebord orbitaire droit dans la partie temporale. Tumeur semble être en rapports solides avec le toit de l'orbite, mais pas avec le rebord orbitaire ; elle n'est pas non plus en relation avec le frontal du

côté du nez. Pas de douleurs, ni spontanément, ni à la pression. Rien aux sinus frontaux (éclairage), ni aux cavités accessoires du nez.

La tumeur a repoussé l'œil en bas et du côté du nez. Exophtalmie atteignant 7 millimètres.

L'examen aux rayons X montre une ombre délicate et carrée dans la région de la tumeur.

Ablation par le procédé de Krönlein.

Onze jours après la malade sort guérie.

Trois mois après on revoit la malade ; douleurs de nature névralgique survenant de temps en temps dans le territoire du nerf sus-orbitaire. Rien de particulièrement pathologique.

OBSERVATION XII

(FROMAJET.)

Epithélioma tubulé. Ablation. Guérison apparente.

Il s'agit de M. P... Pierre, âgé de 56 ans, entré à l'hôpital Saint-André, le 18 juin 1895.

Il souffre depuis plus de six mois de névralgies orbitaires et temporales et son œil gauche est progressivement devenu plus saillant que l'autre.

Il présente une exophtalmie très marquée d'un centimètre et demi environ par rapport à l'œil droit. Le malade arrive cependant à recouvrir l'œil, en faisant de grands efforts, mais en temps ordinaire, la cornée est mal protégée et présente à son centre une kératite ulcéreuse très marquée, accompagnée de poussées.

Il existe un léger ptosis.

En recherchant la cause de l'exophtalmie, en enfonçant l'index entre le rebord orbitaire et le globe, on sent une tumeur qui occupe la fossette lacrymale.

Cette tumeur, dure, arrondie, lisse à la surface, s'enfonce

dans l'orbite ; on ne peut en explorer que la partie antérieure. Elle semble faire corps avec le frontal et est absolument immobile. Il n'existe aucune adhérence avec le globe ni avec la paupière supérieure. L'œil est gêné dans ses mouvements et ne peut être porté ni en haut, ni en dehors.

Le 21 juin, M. le professeur Badal, après chloroformisation, sectionne la commissure externe, renverse fortement en haut la paupière supérieure et aborde la tumeur par la conjonctive. Enveloppée dans une capsule fibreuse et ne présentant aucune adhérence, elle est facilement enuclée. Huit jours après le malade, guéri, quittait l'hôpital.

La tumeur globuleuse, sensiblement sphérique, présente un diamètre de 2 cm. Son poids est de 7 gr. 50.

A la coupe, elle se montre entourée par une capsule fibreuse très mince. Elle est de consistance assez dure et ne présente à sa surface de section aucun fait digne d'être noté.

Sur des coupes colorées à l'éosine hématoxylique, on s'aperçoit que la fine capsule est constituée par des lames conjonctives parallèles, infiltrées parfois de petits foyers embryonnaires.

On retrouve, par places, des vestiges de la glande lacrymale, sous l'aspect d'acini tortueux ou de culs-de-sac coupés dans divers plans. L'épithélium a perdu complètement ses caractères normaux ; ses cellules cubiques sont profondément modifiées et tassées les unes contre les autres, le protoplasme est souvent rempli de vacuoles hyalines ; la lumière des canalicules est rarement libre. Elle est presque partout obstruée par des blocs épithéliaux dissociés. Le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac ne présente pas d'infiltration mais, dans certains endroits, il est entièrement muqueux et parsemé d'îlots cellulaires irréguliers constitués par de gros éléments à noyau unique, volumineux et étroitement unis les uns aux autres. Ce sont manifestement des acini glandulaires envahis par le néoplasme. On trouve, d'ailleurs, tous les intermédiaires entre les restes de la glande dégénérée et ces tubes néoplasiques.

Dans certaines zones, la tumeur s'étale largement en foyers extrêmement riches en cellules. Parfois, ces boudins épithéliaux n'offrent pas de limites précises, comme si les éléments cellulaires qui les constituent tendaient à se disperser dans le tissu conjonctif qui sépare leurs amas.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma tubulé, dont le point de départ réside dans le revêtement des acini glandulaires.

OBSERVATION XIII

(MORAX.)

Cylindrome de l'orbite. Huit récidives. Huit interventions.

G... Charles, ouvrier agricole, a été bien portant dans son enfance et ce n'est qu'en 1906, à l'âge de 18 ans, qu'il a remarqué le début, au-dessous du sourcil droit, d'une tuméfaction qui, peu à peu, atteignit le volume d'une noisette. Trois ans après, au cours de sa période d'instruction militaire, il fut opéré à l'hôpital militaire de Tours, mais, quatre à cinq mois après, une nouvelle tumeur se développait un peu plus en dehors.

Deuxième exérèse à l'hôpital de Tours.

Nouvelle récidive cinq mois après. C'est alors, le 1^{er} décembre 1910, qu'il se présente à Lariboisière. La paupière supérieure de l'œil gauche est soulevée par une tumeur multilobée, dont la masse principale occupe l'angle externe de l'orbite.

La masse néoplasique, que l'on délimite facilement, est adhérente au bord supérieur de l'orbite. Sa présence entraîne un abaissement de la paupière supérieure qui apparaît en léger ptosis. Les mouvements du globe ne sont pas limités. Le globe gauche est un peu abaissé, mais il n'y a pas de diplopie.

Troisième exérèse. Incision le long du sourcil et de la paroi

externe. Enucléation d'une masse néoplasique bien limitée, qui se prolonge assez profondément dans l'orbite, mais paraît partout nettement circonscrite. Suites normales.

Un an après, le malade se présente avec une nouvelle récurrence et une exophtalmie d'un centimètre, non réductible et en rapport avec la pénétration profonde de la tumeur.

Quatrième intervention : exentération orbitaire et résection du rebord orbitaire.

Récidive orbitaire en septembre 1912.

Cinquième exérèse le 11 décembre 1912.

En février 1913, récurrence au niveau de la tête du sourcil gauche ; la tumeur a le volume d'une noix.

Sixième intervention par le docteur Lecène. Résection de toute la paroi osseuse de l'orbite, y compris la grande aile du sphénoïde.

Le malade quitte le service le 7 avril 1913.

Récidive orbitaire, nasale et malaire, en décembre 1913.

Exérèse des petits nodules.

Récidive nasale et sourcilière. Nouvelle exérèse partielle.

Récidive occupant le plancher orbitaire et le sinus maxillaire gauche en janvier 1915. Ablation de la tumeur et curetage du sinus maxillaire. Suites normales.

A partir de février 1915, nous n'avons plus eu de nouvelles de ce malade.

OBSERVATION XIV

(MORAX.)

Cylindrome de l'orbite. Exérèse. Guérison probable.

Mlle Marthe, 17 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires ou personnels particuliers. Dès l'âge de 13 ans 1/2, l'attention de ses parents a été attirée sur une modification de l'œil gauche qui paraissait abaissé alors que la paupière

supérieure devenait plus proéminente. Cette anomalie ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel, elle n'a été examinée qu'à l'âge de 15 ans dans une clinique publique où l'on préleva un fragment de tumeur pour un examen histologique. Très pusillanime, elle ne se présenta plus à notre confrère, mais en juillet 1924, en raison du développement de plus en plus accusé de la tuméfaction palpébrale et de l'abaissement du globe, elle vint demander conseil au service ophtalmologique de Lariboisière. Son aspect est très particulier en raison de l'exophtalmie de l'œil gauche, d'une apparence de dépliement et d'œdème de la paupière supérieure et une dénivellation des pupilles qui atteint 15 millimètres.

L'œil droit a une acuité normale après correction d'un léger astigmatisme. L'œil gauche est plus fortement astigmaté et amblyope ($V. = 1/5$) et il semble que la vision binoculaire ne se soit jamais développée, ce qui expliquerait l'absence de gêne malgré la dénivellation des globes.

A la palpation, on sent au-dessus du globe une masse assez résistante à surface légèrement bosselée et non mobilisable. L'examen radioscopique nous ayant montré l'état normal des sinus frontaux et l'absence de formation opaque aux rayons, nous n'hésitons pas à diagnostiquer un cylindrome de la glande lacrymale en nous basant sur le siège, le développement lent et l'âge du sujet. Nous lui proposons l'exérèse de la tumeur qu'elle accepte à la condition de la faire sous-anesthésie générale. Incision à la limite inférieure du sourcil et jusqu'au plan commissural du côté temporal. Après incision des téguments et de l'aponévrose orbitaire, on rencontre la face antérieure de la tumeur et on la détache de ses quelques adhérences avec le toit orbitaire à l'aide de la sonde cannelée. L'isolement de la masse néoplasique est facilitée par la consistance même de la tumeur et par la présence de capsule fibreuse. Bien qu'elle s'étende profondément dans l'orbite, l'incision orbitaire est suffisante pour permettre l'exérèse sous le contrôle de la vision.

Le suintement hémorragique est insignifiant, aussi peut-on

se contenter de mettre quelques points de suture cutanée sans drainage. La malade quitte le service 6 jours après l'intervention. Le globe a repris sa place dans l'orbite.

Nous avons revu la malade dix mois après l'intervention. Son état était aussi satisfaisant que possible et il n'y a nul signe de récurrence ; il est encore trop tôt pour se prononcer sur la guérison définitive.

Conclusions

I. — Le cylindrome de l'orbite est une tumeur d'observation rare, que l'on note tout particulièrement chez l'adulte (18 à 55 ans).

II. — Les premiers signes du néoplasme sont : une douleur orbitaire profonde et une exophtalmie à marche lente et progressive.

Dans une deuxième phase, la tumeur est palpable dans le sillon orbito-palpébral supérieur, une baisse visuelle apparaît, causée par la compression du nerf optique.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, on retrouve les caractères du cylindrome en général : formations épithéliales pleines ou creuses, remplies dans ce cas d'un liquide amorphe, stroma conjonctif irrégulier. Le liquide a les caractères histo-chimiques du mucus. Il s'agit d'un processus dysembrioplastique développé aux dépens de débris aberrants de la glande lacrymale.

On retrouve des observations de cylindrome sous des appellations différentes : épithélioma tubulé, en-

dothélium hyalin, sarco carcinomateux, progonoblastomes, épithéliome alvéolaire avec envahissement myxomateux.

IV. — Le diagnostic est particulièrement délicat à la première période. Signalons notre observation recueillie à la Clinique du Professeur Rollet, dans laquelle on a noté un traumatisme du côté droit, suivi de trépanation et à l'examen postérieur, une exophtalmie et un ptosis du côté gauche, signes du néoplasme unilatéral.

A la deuxième période la tumeur est palpable et le diagnostic devient plus simple. Il faut distinguer tumeur circonscrite et tumeur diffuse. Le cylindrome est une tumeur encapsulée siégeant dans la région supéro-externe.

V. — Le pronostic est réservé. Sans doute, la tumeur étant encapsulée, peut être opératoirement clivée et extirpée, mais souvent il reste des prolongements du côté de la glande lacrymale et une extirpation incomplète donne lieu à des récidives qui nécessitent une seconde intervention.

On n'a pas signalé de cas de généralisation.

VI. — Le traitement consiste tout d'abord dans l'ablation de la tumeur et l'orbitotomie curviligne externe a ici toutes les indications. Dans notre cas on a pu conserver ainsi le globe oculaire avec tous ses mouvements.

Si une seconde intervention est nécessaire à la suite de la réapparition de l'exophtalmie, on discutera la question d'une énucléation suivie d'exentération de l'orbite.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	ETIENNE ROLLET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 7 Novembre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- AIEVOLI. — Sul cêlindroma della glandola lagrimale accessoria. *Aiv. internaz. di. med. e. chir.*, Napoli, IV, p. 197, 1887.
- AGNES BARON. — Arch. für Opht., 113, p. 30, février 1924.
- ALGER (E.-M.). — Sarcoma of lacrymal gland. *Arch. of Opht.*, v. XLVIII, p. 372.
- ALT. — Ein fall von Adenom der Tränendrüse. *Arch. f. Aug.*, Bd. X, 3, p. 319, 1881.
- A serie of ocular tumors presenting special points of interest. *Amer. Journ. of Opht.*, 1893, p. 370.
- Another case of tumor of the palpebral lacrymal gland, including some remark on tumors of the orbital lacrymal gland. *Amer. Journ. of Opht.*, 1897, p. 70.
- ASK — Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Tränendrüsenapparots. *Arch. f. vergleich. Opht.*, 1911.
- AXENFELD. — Demonstration mikro und makroskopisch. Präparate a) Zur differential diagnose zwischen Epitheliom und Endotheliom (cylindrom) der Tränendrüse. *Ber. d. 31 vers. Heidelberg*, 1905, p. 277, voglschulze.

- BAAS. — Adenocarcinom in einer aberrierten Tränen-
drüse. *V. Graef's Arch. f. Opht.*, Bd. LVII, 3,
1904.
- BEAUVIEUX et PESME. — Tumeurs malignes de la
glande lacrymale orbitaire. *Arch. d'Opht.*,
1921, XXXVIII, p. 540.
- BERLIN. — *Handbuch der gesamten Augenheilkunde
von Gräfe-Sämisch* 1 Ausg.
- BILLROTH. — *Untersuchungen über die Entwicklung
der Blutgefäße usw.*, 1856.
- BIRCH-HIRSCHFELD. — Zur Kenntniss der Misch-
tumoren der Tränendrüse. *Von Graefe's Arch.
f. Opht.*, vol. XC, 1915, p. 110.
- BLAIR. — Endothéliome des glandes lacrymales. *Opht.
Soc., N. K.*, 20 décembre 1910, et *Trans. of
the Opht. Soc. of the U. K.*, janvier 1911.
- BOETTGER. — Chondrosarcome des glandes lacryma-
les. *Inaug. Diss. Berlin*, 1910.
- BORST (M.). — *Die Lehre der Geschwülste*, 1902.
- BRITTO (DE). — Note sur un cas de tumeur de la glande
lacrymale. *Arch. d'Opht.*, VIII, p. 547, 1888.
- BRANDES et VAN DUYSE. — Chondroépithéliome de la
glandé lacrymale. *Amer. Journ. of Opht.*, vol.
III, p. 366.
- BROSE. — Des tumeurs de la glande lacrymale. *Amer.
Med. Ass.*, 8-11 janvier 1909.
- BURSCHE. — *Chirurgische Beobachtungen*. Berlin, 1854.
- COPPEZ. — Cinq cas de tumeurs et pseudo-tumeurs
de la glande lacrymale. *Arch. d'Opht.*, 1905,
XXIII, p. 348.

- CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'Histologie pathologique*. Paris, 3^e édit., 1901.
- CRAWLEW. — Malignant lacrimal gland tumor. *Trans. Ophth. Soc. of the U. K.*, 1921, vol. XLI, p. 517.
- CUNNINGHAM. — Endothelioma of the lacrimal gland. *Trans. Ophth. Soc. of the U. K.*, vol. XXXIX, p. 144.
- COENEN. — Zylindrom der Orbita. *Deut. Med. Woch.*, 1910, n^o 35, p. 1637.
- COLRAT et ROLLET (J.). — Cylindrome de l'orbite. *Soc. d'Ophth. Lyon*, 10 décembre 1929, et *Lyon Méd.*, 2 février 1930.
- CLAIRBORNE. — Cylindroma orbitae. *Amer. Ophth. Soc.*, 1910, 3-5 vol.
- DEMARIA. — Cylindrom der orbitalen Tränendrüse. *Klin. Monat. f. Auge.*, Bd. XLIII, 2, p. 513, 1905.
- DIANOUX. — Des tumeurs de la glande lacrymale. *Soc. Fr. d'Ophth.*, 1894, p. 96.
- Des tumeurs de la glande lacrymale. *Ann. d'Ocul.*, 1894, p. 81.
- DUPUY-DUTEMPS. — Tumeur de la glande lacrymale. *Bull. et Mém. Soc. Fr. d'Ophth.*, 1903, p. 241.
- Récidive d'un épithélioma de la glande lacrymale. *Soc. Fr. d'Ophth.*, 1905, p. 384.
- VAN DUYSE. — Tumeur mixte de la région des glandes lacrymales. *Arch. d'Ophth.*, juin 1910.
- Les tumeurs épithéliales de l'orbite. *Arch. d'Ophth.*, vol. XXXVII, p. 257.
- Contribution à l'étude des endothéliomes de l'orbite. *Arch. d'Ophth.*, 1895, p. 665.

- ECKARDT. — Ueber endotheliale Eierstocktumoren. *Zeitschr. f. Gynäkol.*, t. XVI, 1889, fasc. 2, p. 344.
- ELIOTT et INGRAM. — Six cases of tumor of the lacrymal gland, with are account of the pathological findings. *The Ophthalmoscope*, 1914, p. 66.
- FAVALORO. — Subl cilindroma dell'orbita. *Soc. Ital. di Oftal.*, 1925, p. 326.
- FÍGOS. — Adeno encondroma della ghiandola lacrimale. *Sassore Azuni*, 1885.
- FRIEDLANDER. — *Arch. de Virchow.*, vol. LXVII.
- FROMAGET. — Tumeurs malignes primitives de la glande lacrymale orbitaire. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, juin ; *Ann. d'Oc.*, 1897, CXVIII, p. 458.
- Tumeur de la glande lacrymale. *Congr. Soc. Fr. d'Ophth.*, Paris, 1901.
- FUSITA. — Tumoi of lacrimal gland. *Nippon Gauke Gakkai Zasshi*, novembre 1918.
- GOLDZIEHER. — Adenom der Tränendrüse. *Wien. Med. Presse*, n° 2, 1890.
- GRUNWALD — Fibro-adenoma cysticum der Tränendrüse. *Münch. Med. Wochenschr.*, n° 43, p. 1016, 1895.
- GUAITA et QUAGLINO. — Contribuzione alla storia clinica ed anatomica der tumori intra ed extra oculari. *Myxoedenoma della glandula lagrimale ginistra. Ann. d'Oc.*, IX, p. 876, 1880.
- HABERLAND. — *Inaug. diss. Iena*, 1919.

- HASLINGER. — Komplizierte Bindehautgeschwülste der Tränendrüse. *Von Graefe's Arch. f. Opht.*, Bd. LXXXVIII, 1, 1914.
- HIPPEL (VON). — Beitrag zur Casuistik der Angiosarcome. *Ziegler's Beitrag*, t. XIV, fasc. 3, p. 370, 1893.
- HOMP. — Fall von Angiomyxosarkom der Tränendrüse. *Diss. Königsberg*, 1896.
- HOWARD. — Carcinom of orbit probably originating of the lacrymal gland. *Amer. Journal of Opht.*, 1920, p. 332, et 1923, vol. VI, p. 128.
- INGRAM (Capt. A. C.). — Case of tumour of the lacrymal gland. *The Ophthalmoscope*, February 1, 1914, p. 68.
- JACK. — Néoformation des glandes lacrymales. *Trans. of the Amer. Opht.*, S., 1910.
- JOHNSTON. — Adenoma of lacrymal gland. *Maryland M. d. Baltim*, VI, p. 329, 1880.
- KATZ (Karl). — Zwei seltene Mischtumoren aus der Gegend der Tränendrüse. *Von Graefe's Arch. f. Opht.*, vol. LXXIV, 1910.
- KNAPP. — Three cases of tumor of the lacrymal gland. *Tr. Ann. Mass. Phila.*, XXXI, p. 665, 1880.
- Annexed tumor of the lacrymal gland. *Arch. of Opht.*, XLI, 1, 1912.
- KOSTER. — *Arch. de Virchow.*, vol. LXIX.
- KUBOKI. — Tumeur de la glande lacrymale. *Nippon Gaku Zasshi*, avril 1919.
- LANEL. — Tumors of lacrymal gland. *Amer. Journ. of Opht.*, 1922, vol. V, pp. 425-435.

LAGRANGE. — *Tumeurs de l'orbite*. II. Paris, 1904.

LAPERSONNE (DE). — Tumeur mixte de la glande lacrymale accessoire. *Soc. Fr. d'Opht.*, 8, V, 1912, et *Arch. d'Opht.*, 1912, n° 7.

LAPERSONNE (DE) et CURTIS. — *Arch. d'Opht.*, 1897.

LAPERSONNE (DE) et METTEY. — Cyndrome de l'orbite. *Arch. d'Opht.*, 1906, p. 193.

LYMAN. — *Med. and Surg.*, Boston, 1877.

MAIER (R.). — *Arch. de Virchow.*, vol. XIV.

— *Manuel d'Anat. Path. génér.*

MATHIAS. — Zur Lehre von den Progonoblastomen. *Virchow's Arch.*, vol. CCXXXVI, 1922.

MALASSEZ. — *Arch. de Phys. normale et pathologique*, 1883, p. 123.

MASSON (P.). — *Tumeurs. Diag. histolog.* MALOINE, 1923, p. 328.

MAZZA. — Klinische anatomische Studie eines Falles von Neoplasme der Tränendrüse, Adenom mit Kolloïder Degeneration und von Krankroïdem Bau, VII. *Internat. Kongr. Heidelberg*, 1888, p. 417.

MENDEZ. — Zur Kenntnis der Mischgeschwülste der Tränendrüse. *Klin. Monat. f. Aug.*, Bd. XLVIII, 1, 1910.

MOECKE. — Über Geschwulstbildung der Tränendrüse. *Diss. Kiel*, 1891.

MOISSONNIER. — Cyndrome de la glande lacrymale. *Bull. et Mém. Soc. Fr. d'Opht.*, 1903, p. 137, et 1904, p. 450.

— Cyndrome orbitaire. *Arch. d'Opht.*, juin 1904, p. 388, et *Arch. d'Opht.*, septembre 1903, p. 562.

- MOLLIÈRE et CHANDELUX. — *Sur une variété d'épithélioma colloïde intra-acineux de la glande lacrymale*. Lyon.
- MORAX. — *Cancer de l'appareil visuel*. Paris, 1926, pp. 199-212.
- OBARIO (DE). — Relación de un caso de mixo-linfangio-endothélioma o cilindroma de la órbita. Extirpation del neoplasma y conservación del globo ocular. *Anales de oftalmologia*, abril 1909.
- PASCHEFF. — Cylindrome des glandes lacrymales. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1918, II, pp. 32 et 33.
- Carcinome des glandes lacrymales. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1918, II, pp. 32 et 33.
- PETIT. — Tumeurs de la glande lacrymale. *Thèse Lyon*, 1921.
- PIAZZA. — Adenoma della glandola lacrimale, osservazione clinica e considerazionà. *Ann. di Ott.*, XXIV, p. 245, 1895.
- PROHL. — Zur Kanistik der Geschwülste der Tränen-drüse. *Diss. Berlin*, 1891.
- ROGMANN. — Sur les tumeurs de la glande lacrymale. *Ann. d'Ocul.*, CXXIII, p. 81, 1900.
- ROLLET. — L'ablation des tumeurs de l'orbite et l'orbitotomie exploratrice sous-aponévrotique. *Congrès d'Opht.*, Petrograd, 1914.
- Extirpation de tumeurs orbitaires avec conservation de l'œil par les incisions cutanées curvilignes (*Arch. d'Opht.*, mai 1907), et 22 observations de tumeurs de l'orbite (*Arch. d'Opht.*, juin 1909).

- RUSKOWSKI et DABROWSKA. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la glande lacrymale. *Klinika Oczna*, 1923, vol. I, n° 2, p. 19.
- SCHOEFFER. — Ein Fall von Sarkom der Tränendrüse. *Diss. Giessen*, 1895.
- SATTLER. — *Sur les tumeurs appelées cylindrome*. Berlin, 1870.
- SCHULZE. — Zur Kenntniss der épithélialen Tränendrüsentumoren. *Klin. Monat. f. Aug. Testschr. f. Manz.*, 1905, p. 222.
- SCOTT. — Ein Fall von Endothéliom der Tränendrüse mit einer Analyse der in der Littérature niedergelegten Fälle von Tumoren der Tränendrüse. *Arch. of Opht.*, XXX, 6, 1905. *Arch. f. Aug.*, Bd. XLVI, p. 360.
- SGROSSO. — Si di un sarcoma della ghiandola lagrimale e su di una speciosa alterazione della cellule épithéliale de parenchima ghiandulare. *Lavori Napoli*, III, 1893.
- SIJPKENS. — Ein Fall von Cylindroma orbitae. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1922, vol. LXVIII, p. 95.
- SNEGIREW. — Endothelien der Tränendrüse. *Moskauer Ophtalmolog. Gesellschaft*, Band. 21.
- SNELL. — Two cases of adenoma of the lacrimal gland. *Trans. Opht. Soc. of the U. K.*, IX, p. 49, 1889.
- SWETZKY. — *Arch. Virchow.*, vol. LXIX.
- TOBIAS. — Ein Beitrag zur Kenntniss der Tränendrüsentumoren und ihrer Operation nach der Krönleischen Method. *Diss. Frib.*, 1902.

- TOURNEUX et LEFEBRE. — Epithélioma de la glande lacrymale. *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1922, vol. XCVIII, p. 128.
- TWELMEYER. — Sur les tumeurs épithéliales de l'orbite. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1922, vol. LXIX, p. 743.
- UERLIVE. — Des néoplasmes malins primitifs de la glande lacrymale orbitaire. *Thèse Bordeaux*, 1896.
- VALUDE. — Un cas de cylindrome de l'orbite chez un enfant. *Soc. d'Opht. de Paris*, juillet 1906.
- WEEKS (John E.). — Cylindroma of the orbit and lids, with report of cases. *Journal of the American Medical Association*, August 12 th., 1905.
- WHITE. — Tumor of the lacrymal gland. *Arch. Opht.*, N. Y., XI, p. 62, 1882
- WIGDODSKY. — *Wiestnik Ophtal.*, 1911, p. 247.
- WELS et MAYON. — Lymphosarcome des glandes lacrymales. *Trans. Opht. Soc.*, 30 janvier 1910.
- WRAY. — Endothelioma of the lacrymal gland. *Trans. Opht. of the U. K.*, 1913, vol. XXXIII, p. 77.
- ZIEGLER. — *Traité d'Anat. pathol.*, traduit par G. Augier et Evan Ermengem.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — <i>Historique</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Anatomie de l'orbite</i>	15
CHAPITRE III. — <i>Etiologie. Symptomatologie</i> ..	19
CHAPITRE IV. — <i>Etude anatomo-pathologique du cylindrome</i>	25
CHAPITRE V. — <i>Evolution et pronostic</i>	31
CHAPITRE VI. — <i>Diagnostic</i>	35
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	39
OBSERVATIONS	45
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	81



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON ;

LYON o o o o



